



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**DETERMINANTES RELACIONADAS AL CUMPLIMIENTO  
DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS  
EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE  
SALUD SANTA MARÍA. 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

**Bach. DEYSI SOLEDAD AMBROSIO CASTRO**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
**OBSTETRA**

JULIACA - PERÚ

2025



**UNIVERSIDAD ANDINA**

**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**DETERMINANTES RELACIONADAS AL CUMPLIMIENTO  
DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS  
EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE  
SALUD SANTA MARÍA. 2024**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**Bach. DEYSI SOLEDAD AMBROSIO CASTRO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**OBSTETRA**

**APROBADA POR EL JURADO REVISOR:**

**PRESIDENTE**

:

  
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

**PRIMER MIEMBRO**

:

  
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

**SEGUNDO MIEMBRO**

:

  
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

**ASESOR DE TESIS**

:

  
Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

SALUD PÚBLICA - P06



**RESOLUCIÓN DECANAL N° 578-2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 11 de julio del 2025

**VISTOS:**

El Expediente N° 2025-3696 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **DETERMINANTES RELACIONADAS AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024**

**CONSIDERANDO:**

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

**SE RESUELVE:**

**PRIMERO:** Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de **OBSTETRA** del (la) bachiller **AMBROSIO CASTRO DEYSI SOLEDAD** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- \* **Presidente** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
- \* **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- \* **2do. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
  
- \* **Asesor (a)** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

**SEGUNDO:** Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

**DIA** : VIERNES 18 DE JULIO DEL 2025  
**HORA** : 11:00 HORAS  
**LOCAL** : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

**TERCERO:** Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

**CUARTO:** La Dirección de la Escuela Profesional de Obstetra la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.

UNIVERSIDAD ANDINA  
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
DECANATO  
Dra. Gabriel Betty Arias Luque  
DECANA (e)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**DISTRIBUCIÓN:**  
 - Jurados (3)  
 - Interesado (1)  
 - Asesor de Tesis (1)  
 - Archivo FCS 2025(1)



**RESOLUCIÓN DECANAL N° 124-2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 03 de abril del 2025

**VISTOS:**

El Informe N° 040-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 02 de abril del egresado (a) **AMBROSIO CASTRO DEYSI SOLEDAD** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **DETERMINANTES RELACIONADAS AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024** para optar el título profesional de: **OBSTETRA**

**CONSIDERANDO**

**Que**, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- \* **Presidente** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
- \* **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- \* **2do. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
  
- \* **Asesor (a)** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

Estando en la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO.- APROBAR**, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a ) **AMBROSIO CASTRO DEYSI SOLEDAD**; para optar el Título Profesional de: **OBSTETRA** con la Tesis titulado **DETERMINANTES RELACIONADAS AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024** correspondiente a la línea de investigación **SALUD PÚBLICA – P06**

**ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud , quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

  
UNIVERSIDAD ANDINA  
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
  
Dra. Gabriela Betty Arias Luque  
DECANA (e)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distribución: Decanato, EP. Obstetricia Archivo.



## "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 436 -2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 13 de mayo del 2024

VISTOS:

El Informe N° 026-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la Propuesta de Investigación de fecha 26 de abril de la E.P. de Obstetricia, folio 0000034;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **AMBROSIO CASTRO DEYSI SOLEDAD** presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **DETERMINANTES RELACIONADAS AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024 correspondiente** a la línea de investigación: **SALUD PÚBLICA – P06**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- \* **Presidente** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- \* **1er. Miembro** : **M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ**
- \* **2do. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 132 2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

**APROBAR, la PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado(a) **AMBROSIO CASTRO DEYSI SOLEDAD**, para optar el Título Profesional de **OBSTETRA TITULADO: DETERMINANTES RELACIONADAS AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024**

La propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER**, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**

**ARTICULO TERCERO.- DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela profesional de Obstetricia, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

Distribución: Decanato, EP: Obstetricia, Secretaria Ac

Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFR  
COP 2034



## 20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

### Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

### Fuentes principales

- 12% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 18% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.


Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



## Metadatos complementarios

Título de la Tesis	
<b>DETERMINANTES RELACIONADAS AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024</b>	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	DEYSI SOLEDAD AMBROSIO CASTRO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	76849115
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0007-3593-155X">https://orcid.org/0009-0007-3593-155X</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02405808
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0001-8164-4833">https://orcid.org/0000-0001-8164-4833</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29216323
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221



<b>Datos de estudio</b>	
Línea de estudio	SALUD PÚBLICA - P06
Grupo de estudio	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica del estudio	<p><b>Edificio:</b> INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARIA  <b>País:</b> Perú  <b>Departamento:</b> Puno  <b>Provincia:</b> San Román  <b>Distrito:</b> Juliaca  <b>Coordenadas:</b>  <b>Latitud:</b> -15.4865965  <b>Longitud:</b> -70.1440624  <b>URL Maps</b>  <a href="https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=1T-hm0yD6lw6JgScCxtQGbl7qyiNwcU&amp;usp=sharing">https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=1T-hm0yD6lw6JgScCxtQGbl7qyiNwcU&amp;usp=sharing</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó el estudio	Mayo 2024 – Julio 2025
URL de disciplinas OCDE <a href="https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html">https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html</a> - Librería	<p><b>Salud Pública</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</a></p> <p><b>Obstetricia, Ginecología</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</a></p>



UNIVERSIDAD NACIONAL NESTOR CACERES VELASQUEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*Figueroa*  
Dra. María Concepción Figueroa Vilca  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS

## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo DEYSI SOLEDAD AMBROSIO CASTRO, identificado con DNI Nro. 76849115, en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional**  
 **Programa de Segunda Especialidad,**  
 **Programa de Maestría o Doctorado**

OBSTETRICIA

informo que he elaborado el/la  Tesis o  Trabajo de Investigación,  Trabajo Académico denominada:

DETERMINANTES RELACIONADAS AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024

Asesorado por: Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACTORA

Es un tema original.


Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 13 de octubre del 2025



Firma del Asesor  
(obligatoria)



Firma del Estudiante  
(obligatoria)



Huella



## DEDICATORIA

Al todopoderoso de haberme dado la existencia e ímpetu para lograr un peldaño más en mí vida.

Expresar gratitud infinita a mis familiares, por seguir apoyándome día a día e infundirme coraje para lograr este objetivo profesional.



## **AGRADECIMIENTO**

Con un enorme sentimiento de gratitud y de nostalgia a los catedráticos de la carrera de OBSTETRICIA de la UANCV ya que con su enseñanza lograron el fortalecimiento y conocimiento profesionalismo.



**ÍNDICE GENERAL**

DEDICATORIA..... iii

AGRADECIMIENTO..... iv

ÍNDICE GENERAL ..... v

ÍNDICE DE TABLAS ..... viii

ÍNDICE DE FIGURAS ..... ix

RESUMEN ..... x

ABSTRACT ..... xi

INTRODUCCIÓN ..... xii

**CAPÍTULO I**

**ASPECTOS GENERALES**

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 1

    1.1.1. Problema general ..... 2

    1.1.2. Problemas específicos ..... 2

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO ..... 3

    1.2.1. Justificación teórica ..... 3

    1.2.2. Justificación práctica. .... 3

    1.2.3. Justificación metodológica..... 4

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN ..... 4

    1.3.1. Objetivo general ..... 4

    1.3.2. Objetivos específicos ..... 4

1.4 HIPÓTESIS ..... 5

    1.4.1. Hipótesis general..... 5



1.4.2. Hipótesis específicas.....	5
1.5 VARIABLES.....	5
1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	6

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	7
2.1.1. A nivel internacional .....	7
2.1.2. A nivel nacional .....	12
2.1.3. A nivel regional.....	17
2.2. MARCO TEÓRICO .....	21
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	36

## CAPÍTULO III

### PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.3. MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN .....	38
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	39
3.4.1. Población.....	39
3.4.2. Muestra .....	39
3.5. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN .....	39
3.5.1. Técnicas.....	40
3.5.2. Instrumento .....	40
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS .....	40



3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS..... 41

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO ..... 41

    3.8.1. Validez ..... 41

    3.8.2. Confiabilidad..... 42

**CAPÍTULO IV**

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CONCLUSIONES..... 73

RECOMENDACIONES ..... 74

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 75

ANEXOS ..... 81

ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE BASE DE DATOS ..... 82

ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA..... 93

ANEXO 3. INSTRUMENTO..... 94

ANEXO 4. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO ..... 96

ANEXO 5. AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN ..... 99



**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1.	Edad y grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en Santa María. 2024.....	43
Tabla 2.	Estado nutricional pregravídico y grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en Santa María. 2024 .....	46
Tabla 3.	Paridad y grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en Santa María. 2024.....	49
Tabla 4.	Edad gestacional y grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en Santa María. 2024 .....	52
Tabla 5.	Complicaciones del embarazo y grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en Santa María. 2024 .....	55
Tabla 6.	Número de atenciones prenatales y grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en Santa María. 2024 .....	58
Tabla 7.	Complicaciones del parto y grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en Santa María. 2024 .....	61
Tabla 8.	Vía del parto y grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en Santa María. 2024 .....	64
Tabla 9.	Lugar de la atención del parto y grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en Santa María. 2024. ....	67
Tabla 10.	Grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en Santa María. 2024 .....	70



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad y grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en Santa María. 2024..... 44

Figura 2. Estado nutricional pregravídico y grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en Santa María. 2024 ..... 47

Figura 3. Paridad y grado de cumplimiento del plan de parto en paientes controladas en Santa María. 2024..... 50

Figura 4. Edad gestacional y gardo de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en Santa María. 2024 ..... 53

Figura 5. Complicaciones del embarazo y grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en Santa María. 2024 ..... 56

Figura 6. Número de atenciones prenatales y grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en Santa María. 2024 ..... 59

Figura 7. Complicaciones del parto y grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en Santa María. 2024 ..... 62

Figura 8. Vía del parto y grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en Santa María. 2024 ..... 65

Figura 9. Lugar de la atención del parto y grado de cumplimiento del plan del parto en pacientes contrladas en Santa María. 2024 ..... 68

Figura 10. Grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en Santa María. 2024 ..... 71



## RESUMEN

**Objetivo.** Establecer las determinantes relacionadas al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024. **Material y métodos.** Este estudio utilizó un diseño correlacional simple y se centró en números, no en experimentos. Se evaluaron 253 pacientes y se emplearon ciertas técnicas y herramientas. Se introdujeron los datos en el programa SPSS V25 y se realizó una prueba de chi-cuadrado para comprobar la idea. **Resultados.** Las determinantes pregestacionales como: la edad extrema para el embarazo en el 32.7% ( $p=0.001$ ), el sobre peso en el 22.9% ( $p=0.02$ ) y la obesidad en el 13.0% ( $p=0.02$ ) si están relacionadas al bajo cumplimiento del plan de parto. Las determinantes gestacionales como: multiparidad en el 41.5% ( $p=0.001$ ), el parto de pretérmino en el 8.3% ( $p=0.02$ ), las infecciones urinarias en el 19.7% ( $p=0.001$ ), la atención prenatal inadecuada en el 10.6% ( $p=0.001$ ), el compromiso de la salud fetal 7.95 ( $p=0.01$ ), la cesárea en el 20.2% ( $p=0.001$ ) y la atención en hospital en el 29.2% ( $p=0.001$ ) si están relacionadas al bajo cumplimiento del plan de parto. El grado de cumplimiento del plan de parto en el 11.5% de casos fue alto, en el 63.2% medio y en el 25.3% bajo. **Conclusión.** Las determinantes relacionadas al bajo y medio grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024, son de índole pregestacional y gestacional preferentemente. Se acepta la hipótesis planteada en ésta investigación.

**Palabras claves.** Cumplimiento plan parto determinantes relacionadas



## ABSTRACT

**Objective.** To establish the determinants related to compliance with the birth plan in patients monitored at the Santa María Health Provider Institution. 2024. **Material and methods.** This study used a simple correlational design and focused on numbers, not experiments. Two hundred and fifty-three patients were evaluated, and certain techniques and tools were employed. The data were entered into SPSS v25, and a chi-square test was performed to test the idea. **Results.** Pregestational determinants such as: extreme age for pregnancy in 32.7% ( $p = 0.001$ ), overweight in 22.9% ( $p = 0.02$ ) and obesity in 13.0% ( $p = 0.02$ ) are related to low compliance with the birth plan. Gestational determinants such as multiparity in 41.5% ( $p=0.001$ ), preterm birth in 8.3% ( $p=0.02$ ), urinary tract infections in 19.7% ( $p=0.001$ ), inadequate prenatal care in 10.6% ( $p=0.001$ ), fetal health compromise in 7.95% ( $p=0.01$ ), cesarean section in 20.2% ( $p=0.001$ ) and hospital care in 29.2% ( $p=0.001$ ) are related to low compliance with the birth plan. The degree of compliance with the birth plan in 11.5% of cases was high, in 63.2% medium and in 25.3% low. **Conclusion.** The determinants related to the low and medium degree of compliance with the birth plan in patients monitored at the Santa María Health Provider Institution. 2024, are of a pre-gestational and gestational nature preferably. The hypothesis raised in this research is accepted.

**Keywords:** Compliance with birth plan related determinants



## INTRODUCCIÓN

El estudio denominado analiza los factores asociados con la adherencia al protocolo obstétrico en usuarias atendidas en el plan de parto, es un pilar fundamental durante la atención prenatal, prepara a las embarazadas respecto al día del parto, lugar, acompañante, traslado, preferencias respecto a la analgesia y tipo de parto, entre otros aspectos.

Pocas investigaciones se han realizado en la región de Puno, concerniente al porcentaje de ejecución del esquema obstétrico

Es importante conocer el grado de cumplimiento de esta herramienta del control prenatal, que tiene como principal propósito reducir la ansiedad en el momento de alumbramiento.

El protocolo obstétrico permite a las gestantes familiarizarse con elementos fundamentales del proceso de alumbramiento. Este documento se proporciona al especialista previo al nacimiento, con el objetivo de garantizar una asistencia médica individualizada y adaptada a cada caso. La OMS sugiere la implementación de esta herramienta para brindar cuidados respetuosos a la parturienta, preservando su honor, discreción y privacidad, adicionalmente, facilita crear un canal de diálogo entre el equipo médico y las gestantes, proporcionando acompañamiento constante durante el trabajo de parto.

La organización del trabajo de investigación comprende cuatro secciones: El capítulo I aborda la problemática del estudio que se planteó, El capítulo II desarrolla los fundamentos teóricos, capítulo III muestra el proceso metodológico empleado y el capítulo IV da una inferencia sobre la exposición de los hallazgos obtenidos.



## CAPÍTULO I

### ASPECTOS GENERALES

#### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

##### Descripción del problema

##### **Internacional.**

Análisis efectuados sobre un territorio ecuatoriano mostraron que la dificultad más común durante el alumbramiento fue el parto distócico representando 8,9% (77). Respecto al total de alumbramientos, el 41,8% (374) finalizaron por vía abdominal, de los cuales 51,6% (193) se asociaron con sobrepeso/obesidad (1)

##### **Nacional.**

En el nosocomio de Lircay en Huancavelica, durante el 2022, se constató un 20.29% en la sexta consulta obstétrica; 71.33% con cumplimiento de pruebas laboratoriales; 78.32% en la aplicación inmunológica; 73.43% en evaluación estomatológica; 81.82% en tamizajes clínicos; 86.01% en estudios ecográficos; 79.70% en citología cervicouterina tipo Papanicolaou; 76.92% en suplementación dietética; 71.33% en planificación obstétrica; 72.92% en psicoprofilaxis gestacional; y un 33.57% de gestantes sin control médico. Como colofón, la geoepidemiología coadyuva de manera sustancial



en la asistencia de cuidados obstétricos dirigidos a embarazadas primerizas atendidas con un índice de significancia bilateral de 0.003. (2)

## **Regional.**

La casuística en las jurisdicciones altiplánicas y centroandinas puso en evidencia que el estado trófico, conforme a la tipificación del CLAP, presentó 6,59% de déficit ponderal en la región altiplánica; 7,18% de insuficiencia de peso en la zona centroandina; 56,07% de sobrecarga ponderal en la primera área; y 49,55% de exceso de masa corporal en la segunda, hallándose discrepancias estadísticas significativas ( $p\text{-valor}=0,00\%$ ). De acuerdo con la valoración del IMC pregestacional, se verificaron frecuencias de 0,91% con infrapeso en el ámbito altiplánico; 1,56% de bajo peso en la sierra central; 37,86% de sobrepeso en la primera jurisdicción; 38,45% de exceso ponderal en la segunda; 14,61% de obesidad en la zona altiplánica; y 11,29% de obesidad en la centroandina, corroborándose diferencias ostensibles entre ambas cohortes con un  $p\text{-valor}$  que era 0. (3)

## **Formulación del problema**

### **1.1.1. Problema general**

**PG.** ¿Cuáles son las determinantes relacionadas al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María.2024?

### **1.1.2. Problemas específicos**

**PE1.** ¿Cuáles son las determinantes pregestacionales relacionadas al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María?



PE2. ¿Cuáles son las determinantes gestacionales relacionadas al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María?

PE3. ¿Cuál es el grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María?

## 1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

### 1.2.1. Justificación teórica

El estudio tiene como finalidad identificar los factores asociados con la adherencia al protocolo obstétrico en usuarias monitoreadas, en la institución sanitaria se implementan consultas de protocolo obstétrico, donde se determina el sitio de atención deseado, el acompañante preferido durante el alumbramiento, el vínculo temprano madre-hijo, así como la postura culturalmente preferida para la asistencia del nacimiento

Al evaluar las preferencias de las gestantes frente a la atención del nacimiento recibida, se manifiesta desacuerdo; el programa obstétrico no se materializa en variadas oportunidades, circunstancia que inspira el desarrollo de este trabajo académico

### 1.2.2. Justificación práctica.

Este estudio funcionará como una guía de asistencia a las parturientas, optimizando la calidad del cuidado obstétrico. De igual manera, proporcionará una contribución científica sobre la implementación del alumbramiento humanizado en la Región Puno, facilitando la identificación



de instituciones donde se desestiman las opciones de las féminas en trabajo de parto durante el proceso obstétrico.

Será de utilidad para las féminas parturienta, para reducir la violencia obstétrica hacia ellas y mejorar la atención del parto con interculturalidad y respeto por las preferencias de las embarazadas.

### **1.2.3. Justificación metodológica**

Esta investigación servirá para que otros investigadores continúen con las investigaciones del plan de parto que es muy necesaria en la atención materna, los cuales permitirán que mejoren los niveles de intervención del plan de parto sea alto.

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. Objetivo general**

**OG.** Establecer las determinantes relacionadas al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María.2024

### **1.3.2. Objetivos específicos**

OE1. Identificar las determinantes pregestacionales relacionadas al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María.

OE2. Analizar las determinantes gestacionales relacionadas al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María.

OE3. Evaluar el grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María.



## 1.4 HIPÓTESIS

### 1.4.1. Hipótesis general

**HG.** Las determinantes relacionadas al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas son las determinantes pregestacionales, gestacionales en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024,

### 1.4.2. Hipótesis específicas

**HE1.** Las determinantes pregestacionales como: la edad extrema para el embarazo el sobre peso y la obesidad están relacionadas significativamente al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la institución prestadora de salud Santa María 2024.

**HE2.** Las determinantes gestacionales como: multiparidad, el parto de pretérmino, las enfermedades hipertensivas, la atención prenatal inadecuada, el parto obstruido, la cesárea y la atención en hospital están relacionadas significativamente al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la institución 'prestadora de salud Santa María 2024.

**HE3.** En la evaluación del grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas es el grado medio de cumplimiento en pacientes controladas en la Institución prestadora de Salud Santa María,

## 1.5 VARIABLES

**V1.** Determinantes

**V2.** Cumplimiento del plan de parto



1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES
1. Determinantes	1.1 Pregonales	1.1.1 Edad	a) ≤17 años b) 18 a 35 años c) 36 a más
		1.1.2 Estado nutricional pregravídico	a) Bajo peso b) Normal c) Sobrepeso d) Obesidad
	1.2 Gestacionales	1.2.1 Paridad	a) Primípara b) Secundípara c) Multípara
		1.2.2 Edad gestacional	a) Pretérmino b) A término c) Postérmino
		1.2.3 Complicaciones del embarazo	a) Enfermedades hipertensivas b) Ruptura prematura de membranas c) Hemorragias d) Anemia e) Infecciones urinarias f) Ninguna
		1.2.4 Número de atenciones prenatales	a) Ninguna b) 1 APN C) 2 ó más
		1.2.5 Complicaciones del parto	a) Parto obstruido b) Compromiso salud fetal d) Ninguna
		1.2.6 Vía del parto	a) Vaginal b) Cesárea
	1.2.7 Lugar de la atención del parto	a) Hospital b) Centro de salud c) Clínica privada	
2. Cumplimiento del plan de parto		2.1 Grado de cumplimiento	a) Alto b) Medio c) Bajo



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### 2.1.1. A nivel internacional

**Muenala (4), Cumplimiento de elementos sobre adecuación cultural de la atención del parto en el hospital San Luis de Otavalo, 2020.** Objetivo: acatamiento de parámetros para dilucidar el progreso en torno a la Adaptación Cultural en la praxis obstétrica. Procedimiento metodológico: La cohorte analizada estuvo conformada por gestantes que optaron por el servicio de alumbramiento con pertinencia cultural y los galenos responsables en dicho nosocomio obstétrico. Los fines planteados consistieron en la tipificación de la comunidad observada y la valoración del nivel cognoscitivo del personal sanitario, así como la ejecución de los 7 componentes mediante inspección durante el parto y corroboración con la paciente en el puerperio. A partir de una valoración teórica del proceso de alumbramiento, la impronta que fue cultural y el acopio de datos, se consiguieron los resultados subsecuentes. Las gestantes se ubicaron en un 82% a comunidades originarias Otavalo y Kayanpi, mientras que el resto fue población mestiza; en cuanto a los profesionales que intervinieron en la



Atención Culturalmente Adecuada, el 80% correspondió a mestizos. El saber técnico del personal alcanzó un promedio del 83%, en tanto que la observancia de los elementos se cumplió en un 59,36%. Según la corroboración de las gestantes, el cumplimiento fue de 53%. El aspecto de mayor observancia correspondió a la posición adoptada en el momento del nacimiento, en tanto que los elementos con menor observancia incluyeron el respaldo durante el parto, el consumo de comestibles y líquidos, además de la utilización de vestimenta autóctona de la región

**Vaca (5), Estado Nutricional de la Mujer Embarazada y su Relación con las Complicaciones de la Gestación y el Recién Nacido. International Journal of Morphology, 40(2), 384-388. 2022.** Objetivo: establecer la condición alimentaria pregestacional y su vinculación con la situación sanitaria y nutricional del infante. El índice de masa corporal pregestacional Se constató una prevalencia del 47,3 % de sobrepeso y lipoincremento, así como un 2,6 % de insuficiencia ponderal. En un margen superior al 10 %, las gestantes con lipodistrofia y sobrecarga corporal concibieron neonatos macrosómicos en relación con la cronología gestacional, mientras que las mujeres con carencia ponderal evidenciaron un 26,1 % de recién nacidos con hipoplasia fetal. Entre las complicaciones más habituales en progenitoras con obesidad gestacional se identificaron diabetes gravídica, hemorragia postparto y síndromes hipertensivos como la preeclampsia. Resulta relevante señalar la alta incidencia de infecciones del aparato urinario con un 53,9 % en 478 casos y de vaginosis bacteriana dando un 22,3 % en 199 casos; si bien no poseen un origen metabólico directo, sí se ven favorecidas por el desbalance endocrino-metabólico subyacente.



Durante el desenlace obstétrico, la eventualidad predominante fue el parto distócico, con una frecuencia del 8,9 % (77 casos); además, del total de nacimientos, el 41,8 % (374) derivaron en resolución quirúrgica por cesárea, correspondiendo el 51,6 % (193) a mujeres con exceso de tejido adiposo y sobrepeso. Las eventualidades del neonato fueron: Síndrome de distrés respiratorio agudo, asfixia perinatal e hipoglucemia. En conclusión, la condición alimentaria pregestacional de la progenitora está vinculada directamente con la condición sanitaria y nutricional del neonato.

**Carrión (6), Principales complicaciones obstétricas en un hospital de segundo nivel, provincia de El Oro–Ecuador: Una mirada desde el proceso de Atención de Enfermería. Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional, 7(8), 1406-1423.** Objetivo: Establecer las complicaciones obstétricas predominantes en mujeres gestantes asistidas. Procedimiento metodología: La indagación se enmarcó dentro de un enfoque que no manipula la variante causal, aplicando un diseño de dirección descriptiva de tipo que solo trabaja con una sola medición atemporal La población de análisis estuvo conformada por mujeres en estado de gravidez que asistieron a la institución de salud. Resultados: La cohorte analizada osciló entre los 16 y 42 años, predominando el intervalo etario de 20 a 35 años; el 46% de las participantes mostró solo haber entrado en un periodo que atraviesa una mujer en el embarazo. Las eventualidades clínicas de mayor incidencia se relacionaron con interrupciones gestacionales, alcanzando un 48% seguidas de síndromes hipertensivos en un 12% y partos pretérminos en un 10%. Conclusión: Las alteraciones obstétricas más frecuentes fueron aborto, hipertensión gestacional y parto pretérmino,



seguidas por restos placentarios retenidos y hemorragia puerperal. Las comorbilidades más vinculadas a dichas eventualidades clínicas identificadas correspondieron a la adiposidad excesiva, la hipertensión arterial persistente y la diabetes mellitus de tipo II

**Netto (7), Incidencia y características de los partos por cesárea en un hospital público de Paraguay. Revista Internacional de Salud Materno Fetal, 4-9.2021.**

Objetivo: Constatar la frecuencia de incisiones en la zona baja del vientre para el alumbramiento y partos eutócicos en mujeres asistidas en un hospital e identificar las causas más habituales de intervenciones cesáreas. Procedimiento metodológico: La indagación fue de carácter descriptivo, con una ampliación en extracción informativa retrospectiva y documental, basada en los registros clínicos con una dirección de la cohorte incluida correspondió a gestantes que atravesaban los 14 donde la unidad poblacional de estudio fue de 2.087 registros, de los cuales escogieron a 200 partos como unidad muestral Resultados: Se documentaron 761 cesáreas que conformaban alrededor del 36,28% y 1326 partos eutócicos, siendo la intervención quirúrgica más prevalente en féminas que atravesaban los 24 a 27 años (24%). Las principales indicaciones incluyeron cicatriz uterina previa, síndrome hipertensivo gestacional, abruptio placentae, bradicardia fetal y presentación pelviana, que en conjunto explicaron el 56% de los casos. Conclusión: La tasa de cesáreas fue elevada en el hospital estudiado (36,28%), superando el umbral recomendado por la OMS ( $\leq 15\%$ ). Las indicaciones predominantes fueron cesárea previa, preeclampsia, desprendimiento placentario y bradicardia fetal.



**López (8), Efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento en mujeres gestantes (APLANT).2022.** Objetivos. Examinar la eficacia de una intervención de consejería, sustentada en la TDC, sobre la relación con la finalización de las actividades que se programaron con anticipación para el alumbramiento. Procedimiento metodológico. Se implementaron dos indagaciones multicéntricas de índole observacional-descriptiva con diseño clínico transversal. En el conglomerado experimental (n=247), las pueríparas recibieron de las profesionales obstétricas una consejería relativa al plan obstétrico sustentada en el paradigma de deliberación compartida, complementada con un compendio de directrices sustentadas en medicina basada en evidencias sobre el acto del expulsivo y la atención inmediata del neonato. Resultados: La categorización de morbilidad obstétrica extrema se correlacionó con la no exposición a la intervención donde el OR es 0,57 ;y el IC95 con un parámetro de 0,38–0,86; con un p igual 0,007, donde 422 de las féminas que atravesaban por en proceso de embarazo programaron su protocolo de alumbramiento, solo el 51,2% ósea 216 usuarias, lo que consignó en el nosocomio, siendo la principal causa de inobservancia la omisión en su requerimiento por parte de la profesional obstétrica con un porcentaje de 61,2%; dio un 126. Las participantes que sí lo entregaron emplearon con mayor frecuencia estrategias analgésicas no farmacológicas de un 50,5% vs. 38,8%; de un p igual a 0,012 e iniciaron la lactancia inmediata intraparto en mayor proporción de una unidad de 82,4% vs. 73,3%; con un p igual a 0,024. Durante el ensayo controlado, 416 parturientas completaron el nacimiento en el establecimiento de referencia (223 adscritas al grupo de



estudio y 193 al grupo testigo). La registración del esquema terapéutico se observó inferior en el grupo de estudio (57,8%) frente al grupo testigo (75,1%;  $p < 0,001$ ), y el hecho de integrar el grupo de estudio incrementó la probabilidad de no cumplir con la entrega de un OR igual a 0,45; y con un IC95%: de rangos 0,29–0,70; de un  $p$  menor a 0,001. La percepción de información suficiente resultó equiparable en ambos brazos: 95,1% (GE) y 94,8% (GC). Conclusión: más del 75% de las gestantes recibió la intervención educativa sobre el plan de alumbramiento, asociándose su aceptación con menor multiparidad y controles prenatales institucionales; en contraposición, el riesgo obstétrico elevado se vinculó con ausencia de implementación. Aproximadamente la mitad formalizó la entrega hospitalaria, siendo el déficit de requerimiento institucional el principal determinante de incumplimiento.

### 2.1.2. A nivel nacional

**Torres (9), Factores asociados con el parto domiciliario en el Perú: un análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud 2019. Ginecología y obstetricia de México, 90(05), 395-406. 2022.** Objetivo: Determinar la frecuencia y los agentes vinculados al alumbramiento en el entorno familiar. Procedimiento metodológico: Se trató de una pesquisa observacional, con una sola medición atemporal, con enfoque analítico y cuantitativo, realizada en conglomerados habitacionales distribuidos en capitales departamentales, urbes y zonas rurales del país. La elección de este diseño se justificó en que tanto el desenlace (alumbramiento en domicilio) como la exposición (factores condicionantes) fueron evaluados de manera simultánea mientras se



realizaba la recopilación de información. Resultados: se demostró que, en 18.401 expedientes de individuos tratados y examinados, que proporción un 5,39% con un IC95%: de rangos de 4,83–6,03% de féminas peruanas realizaron un alumbramiento en su domicilio; no obstante, la proporción ascendió a 19,59% con un IC95%: de rangos 17,26–22,17% en áreas rurales y 17,85% con un IC95%: de un rango de 15,21–20,84% en la región amazónica. Conclusiones: La incidencia de alumbramientos domiciliarios tuvo una estimación de 5,39%. Se identificaron como predictores que incrementan la probabilidad de alumbramiento en el domicilio, la residencia en regiones andinas o amazónicas, habitar en zonas rurales, registrar menos de seis controles prenatales, presentar estrato socioeconómico bajo o muy desfavorecido, contar únicamente con instrucción básica incompleta y tener entre dos y tres gestaciones previas. Un factor protector que redujo la ocurrencia de partos extrainstitucionales fue la educación terciaria, ya sea universitaria o técnica

**Solano (10), Geoepidemiología aplicada a la atención prenatal en primigestas en el Hospital de Lircay.2024.** objetivo evaluar en qué alcance la geoepidemiología favorece en el cuidado preventivo prenatal, encontrándose que, en la fase pre-implementación, los indicadores reflejaban una atención deficiente, con altos porcentajes de ausencia en controles esenciales como laboratorio (47.55%), vacunación (46.15%), ecografía (53.85%) y psicoprofilaxis (51.05%), además de un 71.33% de gestantes no controladas. Tras la implementación del enfoque geoepidemiológico, los resultados mostraron mejoras significativas, evidenciando incrementos notables en el cumplimiento de procedimientos,



tales como laboratorio (71.33%), vacunación (78.32%), ecografía (86.01%) y tamizaje (81.82%), reduciéndose al 33.57% las gestantes no controladas, con una significancia bilateral de 0.003. Estos hallazgos confirman que la geoepidemiología favorece sustancialmente la calidad de la atención prenatal, al permitir un abordaje territorial y contextualizado de las necesidades de las gestantes, lo que valida la hipótesis general de que su implementación mejora de manera significativa la cobertura y cumplimiento de los controles prenatales en primigestas.

**Macedo (11), Características sociodemográficas y sexuales relacionadas a complicaciones durante el embarazo en adolescentes, Hospital Barranca-2020.** Objetivo: Establecer la forma en que se vinculan las particularidades sociodemográficas y conductas sexuales en el transcurso de la gestación en púberes, nosocomio Barranca-2018. las suposiciones planteadas: Las singularidades sociodemográficas y sexuales guardan correspondencia estadísticamente significativa con las eventualidades adversas de la gravidez en adolescentes, hospital Barranca-2018. El estudio asumió un diseño descriptivo, correlacional y retrospectivo, con una cohorte de 165 gestantes púberes. Como dispositivo metodológico se empleó una cédula de acopio de información. Los registros fueron en el SPSS V20.0, donde se procesó la información. Resultados: Las adversidades gestacionales más frecuentes incluyeron: 35,8% bacteriuria sintomática, 24,2% aborto espontáneo y 12,7% ruptura prematura de membranas, vinculadas a las siguientes características demográficas y reproductivas: 66,7% tenían edades comprendidas entre 17 y 19 años, 66,1% residían en áreas urbanizadas, 67,9% desempeñaban labores



domésticas, 93.9% poseían instrucción secundaria, 79.4% cohabitaban con pareja, 62.4% iniciaron la primera cópula entre las edades de 14 y 16 , donde el 77.6% reportaron de poseer 1 y 2 compañeros coitales, 73.3% experimentaron su menarquia mientras atravesaban las edades de 14 a 16. Conclusión: según las especificidades sociodemográficas y sexuales, mantienen un nexo estadísticamente relevante con las contingencias gestacionales en adolescentes.

**Guerrero (12), Factores asociados al lugar de atención del parto en mujeres de 15 a 49 años de edad en base a la encuesta demográfica y de salud familiar 2022.** Objetivo: Identificar los determinantes sociodemográficos, económicos y obstétricos vinculados al sitio de asistencia en féminas que atravesaban por el periodo de embarazo en las edades de 15 a 49. Procedimiento metodológico: La indagación consistió en un estudio que empleó la observación para la extracción de datos, más una deducción dirigida analítica, con una sola medición atemporal y retrospectiva después se ejecut para el procesamiento de la información se utilizó el software estadístico SPSS v.25.0, aplicando una evaluación de  $X^2$  Resultados: El análisis mostró que el 61,2% de los partos se realizaron en instituciones de salud y el 38,8% de forma extrainstitucional; dentro de este último grupo, el 49% correspondió a mujeres mayores de 25 años, provenientes de la región amazónica (65,9%), de áreas rurales que lleva un 53,5%, con índice de ingreso con un 39,1%, sin seguro en el cuidado de la salud dio un 38,1%, sin controles prenatales en un 98% y sin participación en programas de capacitación en CPN en un 48,6%. Conclusiones: Los hallazgos indican que las variables sociodemográficas,



financieras y obstétricas presentan una correlación estadísticamente significativa con el sitio de asistencia del alumbramiento.

### **Carrera (13), Factores de riesgo asociados al embarazo postérmino en gestantes atendidas en el Hospital de Satipo–2023.**

Objetivo General: Identificar los agentes que generan la vulnerabilidad vinculada a la prolongación gestacional en féminas embarazadas.

Procedimiento metodológico: que muestra una estructura en una dirección descriptiva, con una recolección de información retrospectiva y de varias medidas con variantes temporales, teniendo como unidad muestral a 30 gestantes atendidas Gestantes con diagnóstico de gestación prolongada postérmino. La recolección de datos se efectuó mediante registro clínico estandarizado. Resultados: Respecto a las características sociodemográficas por cohortes etarias, que están por debajo de cumplir los 19 años constituyeron el 46,7% (14), seguidos por el rango de 20 a 34 años con 33,3% (10) y mayores de 35 años 20,0% (6). En cuanto a la localización de residencia, el 63,3% (19) correspondió a entornos urbanos y 36,7% (11) a rurales. Estado civil: 53,3% (16) convivientes, 40% (12) sin vínculo matrimonial y 6,7% (2) casadas. Parámetros obstétricos: según índice de masa corporal (IMC), 46,7% (14) presentaron sobrecarga ponderal (>25), 30,0% (9) normopeso (19–24,9) y 23,3% (7) infrapeso (<19). Atención prenatal: 76,7% (23) cursaron  $\leq 5$  consultas y 23,3% (7)  $\geq 6$ . Antecedentes obstétricos: 83,3% (25) primigestas, 16,7% (5) multigestas; 66,7% (20) con antecedentes clínicos relevantes, 33,3% (10) sin ellos. Perfil médico: 73,7% (14) cursaron con infección por SARS-CoV-2 y 26,3% (5) presentaron alteraciones respiratorias concomitantes; el resto no manifestó



comorbilidades asociadas. Conclusiones: Las características predominantes incluyeron edad entre 20 y 34 años (33,3%), procedencia urbana (63,3%), estado civil convivientes (53,3%) y nivel educativo equivalente. Obstétricamente, IMC elevado en 46,7%, APN  $\leq 5$  en 76,7% y primigestas 83,3%. Desde el perfil médico, el 73,7% presentó infección por COVID-19.

### 2.1.3. A nivel regional

**Ruelas (14), Características clínicas y epidemiológicas relacionadas con la preeclampsia en gestantes nativas de la altura, Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2023.** Objetivo: Definir la correspondencia entre los componentes clínicos y epidemiológicos con la preeclampsia en embarazadas autóctonas de regiones altoandinas. Procedimiento metodológico: la indagación muestra una estructura de una dirección descriptiva, con enfoque que se ve direccionado de manera cuantitativo, diseño correlacional con una sola medición atemporal con una unidad muestral de 90 pacientes seleccionadas mediante muestreo no probabilístico; se implementaron formularios estructurados y examen documental como estrategias de captación de información. Resultados: Concerniente a los atributos clínicos, el 72,22% evidenció edad gestacional que excedía las 36 semanas, 94,44% no presentó antecedentes tensionales preconceptionales, 88,89% sin historial abortivo, 94,44% sin precedentes de preeclampsia y 94,44% sin antecedentes familiares de dicha nosología. En relación a las características epidemiológicas, 77,78% se encontraban en el rango de edad 19 a 35, 58,89% correspondieron a primígravidas, 92,22% refutaron el consumo de sustancias nocivas previo a la gravidez, 94,44%



completaron la vigilancia prenatal integral; conforme al índice de masa corporal, 93,33% conservaron normopeso. El 52,22% mostró preeclampsia superficial en tanto que el 47,78% experimentó preeclampsia profunda. Inferencias: Se estableció una correlación estadísticamente significativa entre determinadas variables clínicas y epidemiológicas con la entidad preecláptica incluyendo edad gestacional, antecedentes hipertensivos pregestacionales, aborto previo, edad materna, paridad, controles prenatales e IMC ( $p < 0,05$ ). No se encontraron asociaciones significativas con antecedente previo de preeclampsia, antecedentes familiares ni consumo de sustancias tóxicas pregestacionales ( $p > 0,05$ ).

**Supo (15), Complicaciones materno perinatales asociado a la edad avanzada de las gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2024.** Objetivo: Evaluar las comorbilidades materno-perinatales ligadas a la edad materna añosa en grávidas. Procedimiento metodológico: la indagación no hizo manipulación de la variante causal y con una sola medición atemporal y muestra una estructura de carácter correlacional con una unidad poblacional que estuvo constituida por 107 gestantes con más de 35. Resultados: Dentro de las eventualidades obstétricas, se observó que la amenaza de aborto afectó al 8,4% ( $p = 0,02$ ), las hipertensiones gestacionales al 12,0% ( $p = 0,02$ ) y la hemorragia puerperal al 15,6% ( $p = 0,05$ ), mostrando asociación con la edad materna avanzada. No se halló significancia estadística para la ruptura prematura de membranas (8,4%;  $p > 0,05$ ) ni para la prolongación gestacional (4,8%;  $p > 0,05$ ). El retraso del crecimiento intrauterino se presentó en el 8,4% de los casos ( $p = 0,02$ ) y se



presentaron anomalías congénitas en el 3,6% ( $p = 0,02$ ). Existe una clara relación. Sin embargo, los nacimientos a término alcanzaron el 86,8% ( $p > 0,05$ ) y la mortalidad fetal se situó en el 97,6% ( $p > 0,05$ ). No se observó una relación con una mayor edad materna en estos casos. La mayoría de las embarazadas se encontraban en el grupo de 36 a 39 años (73,5%). El grupo de 40 a 49 años representó el 26,5%. Así que sí, algunos problemas materno-perinatales se relacionan con la edad avanzada, pero la hipótesis original solo se confirmó a medias.

**Barrientos (16), Hábitos alimentarios relacionados al índice de masa corporal del primer control prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar Puno 2024.** Objetivo: Hallar la relación entre conductas nutricionales y el indicador antropométrico de composición corporal en la consulta prenatal inicial de grávidas asistidas en el establecimiento sanitario. Procedimiento metodológico: Se aplicó una estructura de manera cuantitativa, de carácter que se dirige de manera descriptiva con una sola medición atemporal con una unidad muestral de 94 gestantes del establecimiento. La recolección de información se realizó mediante revisión documental. Resultados: En cuanto a los grupos nutricionales, se determinó que el 45,7% de un  $Ns=0,022$  presentó ingesta elevada de macronutrientes, el 51,1 % ( $Ns = 0,015$ ) presentó una ingesta media de micronutrientes, el 46,8 % ( $Ns = 0,046$ ) consumió principalmente alimentos ultraprocesados. el 43,6 % ( $Ns = 0,000$ ) consumió muchos líquidos, lo que dificulta su absorción. Al analizar las medidas de las madres, el 52,1 % ( $Ns = 0,000$ ) tenía un peso excesivo antes del embarazo y el 60,6 % ( $Ns = 0,010$ ) presentó una altura uterina acorde con sus semanas de



gestación. Se observaron algunas variaciones. El índice de masa corporal determinado durante el primer control obstétrico mostró que el 52,1% de las gestantes tenía sobrepeso, 29,8% normopeso, 14,9% obesidad y 3,2% bajo peso. infrapeso, hallazgos coherentes con reportes previos. Conclusión: La incorporación de macro y micronutrientes, el consumo de productos ultraelaborados, la ingestión de bebidas inhibitorias, el IMC pregestacional y la congruencia de la altura uterina se asocian significativamente con el peso materno durante el primer control prenatal ( $Ns < 0,05$ ).

**Velásquez (17), Estado nutricional en gestantes de dos regiones a mayor de 3700 msnm REUNIS 2023.** Objetivo: Contrastar el estado nutricional de grávidas de las jurisdicciones de Pasco y Puno ubicadas a más de 3.700 metros de altitud. Procedimiento metodológico: Investigación de naturaleza fundamental, utilizando el procedimiento científico conforme al planteamiento investigativo y configuración observacional, examinando 19.091 grávidas mediante el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) durante el período 2020-2022; y 20.459 valoradas según el índice ponderal preconcepcional (IPP) en ambas circunscripciones. La determinación de las unidades analíticas se ejecutó a través de muestreo no aleatorio por accesibilidad Resultados: De acuerdo con la estratificación del CLAP, la incidencia más elevada de alteraciones nutricionales correspondió a un 6,59% de insuficiencia ponderal en Puno y 7,18% en Pasco; sobrecarga ponderal 56,07% en Puno y 49,55% en Pasco, observándose disparidades estadísticamente significativas ( $p=0,00\%$ ). Según el IMC, el infrapeso fue de 0,91% en Puno y 1,56% en Pasco; sobrepeso 37,86% y 38,45%, obesidad 14,61% en Puno y 11,29% en Pasco, mostrando divergencias significativas



entre cohortes ( $p=0,00\%$ ). Conclusión: La frecuencia de desequilibrios ponderales en gestantes de estas regiones es inferior a la descrita en reportes previos, siendo la altitud superior a 3.700 msnm un factor determinante relevante.

## 2.2. MARCO TEÓRICO

### 1. Determinantes

La OMS conceptualiza los factores sociales de la salud (FSS) como 'las condiciones en las cuales los individuos se desarrollan desde el nacimiento, se desenvuelven laboralmente, residen y atraviesan el proceso de envejecimiento, abarcando la gama integral de configuraciones y procesos que influyen en los atributos del ambiente cotidiano (18)

#### 1.1. Pregestacionales

##### 1.1.1. Edad

El embarazo juvenil o gestación prematura se presenta cuando el desarrollo físico y mental resulta insuficiente para afrontar dicha situación; abarcando desde la fase inicial de la adolescencia o pubertad -principio de la capacidad reproductiva- hasta el término de este período vital, establecido por la OMS a los 19 años (19)

La gestación juvenil constituye una problemática sanitaria comunitaria que impacta en la existencia y bienestar de las jóvenes que experimentan la maternidad. Coarta sus perspectivas de desarrollo personal y restringe su ingreso a alternativas académicas o profesionales, profundizando las circunstancias de indigencia y vulnerabilidad

Gestación en edad materna añosa. Desde los 35 años se acrecienta la predisposición a desarrollar complicaciones obstétricas que pueden conducir



a un alumbramiento quirúrgico abdominal. Se eleva el riesgo de alteraciones genéticas. Los neonatos de progenitoras de mayor edad tienen mayor predisposición a sufrir ciertas anomalías cromosómicas, como la trisomía 21.

(20)

Dificultades como la hipertensión gestacional o el crecimiento intrauterino restringido ocasionan que el índice de estimulación del alumbramiento se intensifique en las gestaciones maternas avanzadas. Paralelamente, se incrementará la probabilidad de intervención quirúrgica abdominal debido al aumento de presentaciones anómalas fetales, distrés del producto de la concepción y inserción placentaria baja. (21)

### 1.1.2. Estado nutricional pregravídico

El IMC anterior al embarazo hace referencia, entonces, a la relación entre la masa corporal y las dimensiones antropométricas de la mujer antes de la gestación, lo cual define el aumento de peso recomendado que debe experimentar a lo largo del proceso reproductivo.

Para categorizar la condición nutricional basándose en el índice de masa corporal, se emplearon cuatro parámetros, estableciendo los siguientes límites para las divisiones: peso insuficiente, adecuado, exceso ponderal y adiposidad excesiva, según la OMS (22)

- a) Peso insuficiente  $<18,5$ ;
- b) Peso adecuado  $\geq 18,5$  a  $<25$ ;
- c) Exceso ponderal  $\geq 25,0$  a  $<30$ ;
- d) Adiposidad excesiva  $\geq 30,0$ .

La condición alimentaria preconcepcional materna y el incremento ponderal durante la gravidez constituyen los elementos más relevantes vinculados con



el peso neonatal, el cual representa posiblemente el indicador que se correlaciona más íntimamente con la morbilidad perinatal, el crecimiento somatométrico y la evolución cognitiva. (23)

Las gestantes que durante el período grávido mantienen un índice ponderal dentro de parámetros saludables y un incremento de masa corporal apropiado, evidencian una evolución obstétrica y del alumbramiento más favorable.(24)

## 1.2. Gestacionales

### 1.2.1. Paridad

**Primiparidad.** Los especialistas en obstetricia se refieren a nulíparas, término que designa a gestantes que no han experimentado previamente un alumbramiento. Para las madres que atraviesan su primera experiencia de parto, la duración promedio oscila desde varias horas hasta jornadas completas. Generalmente presenta menor tiempo en nacimientos subsecuentes. Recomendaciones: para numerosas mujeres, el comienzo del proceso obstétrico no resulta particularmente molesto, aunque las contracciones uterinas pueden manifestarse con mayor intensidad en algunos casos. Se sugiere conservar la calma. (25)

**Múltipara.** generalmente se le da este concepto a las féminas que han concluido múltiples embarazos (dos o más) en los cuales el feto desarrolló la capacidad de vida independiente, independientemente del resultado vital al momento del alumbramiento. (26)

### 1.2.2. Edad gestacional



**A término.** La mayoría de las gestaciones presentan una duración comprendida entre 37 y 42 semanas; sin embargo, algunos embarazos se extienden más allá de este rango. Cuando la gestación se continúa más allá de las 42 semanas, se clasifica como gravidez postérmino o prolongada. Contrariamente, si el nacimiento acontece anterior a las 37 semanas, se categoriza como pretérmino. Entre los factores predisponentes al parto pretérmino se encuentran las anomalías estructurales o funcionales del útero o placentarias, el consumo de tabaco o sustancias ilícitas. Asimismo, determinadas infecciones, particularmente aquellas que comprometen el líquido amniótico y el segmento inferior del aparato reproductor femenino, incrementan el riesgo.

De igual modo, condiciones crónicas sistémicas, como hipertensión pregestacional, diabetes mellitus, enfermedades autoinmunes y desórdenes del estado de ánimo tipo depresivo, potencian la probabilidad de nacimiento pretérmino. (27)

Los neonatos pretérmino presentan susceptibilidad a desarrollar alteraciones hematológicas como déficit de eritrocitos e hiperbilirrubinemia neonatal. En el caso del déficit eritrocitario, el recién nacido carece de células sanguíneas rojas en cantidad adecuada.

### 1.2.3. Complicaciones del embarazo

Constituyen alteraciones y complicaciones experimentadas durante la gestación, el alumbramiento y el proceso obstétrico, además del período neonatal temprano. (28)



## a) Enfermedades hipertensivas

La hipertensión se presenta en aproximadamente el 5 al 10% de las gestaciones. Su incidencia ha mostrado un incremento progresivo, atribuible al acrecentamiento de afecciones cardiometabólicas en gestantes en fase reproductiva. Integra la segunda génesis de mortalidad materna y constituye un componente relevante de morbilidad tanto materna como fetal, lo que la convierte en un tema de alta pertinencia dentro de nuestra especialidad.(29)

La presión arterial elevada durante la gestación puede categorizarse como:

**Preexistente:** la tensión arterial se encuentra aumentada previa a la concepción o antes de completar las 20 semanas gestacionales. La hipertensión preexistente afecta entre el 1 y 5% del total de las gestaciones

**Gestacional:** el incremento de la tensión arterial se evidencia posterior a las 20 semanas de evolución fetal (comúnmente, después de la semana 37) y se resuelve tras la sexta semana puerperal; se manifiesta en el 5 o 10% de las gestaciones, con mayor incidencia en embarazos gemelares o múltiples.

(30)

Ambas modalidades de hipertensión acrecientan el riesgo de toxemia gravídica y convulsiones eclámpsicas, así como de otras causas de enfermedad y muerte materna, que comprenden:

- Daño cerebral hipertensivo
- Derrame cerebral
- Deterioro de la función renal
- Falla cardíaca izquierda
- Síndrome HELLP (lisis eritrocitaria, enzimas hepáticas aumentadas y trombocitopenia) (31)



**b) Ruptura prematura de membranas.** En ocasiones, las envolturas fetales se fracturan antes de que la gestante inicie el proceso de alumbramiento, y cuando este evento ocurre de manera precoz, se conoce como rotura anticipada de membranas ovulares (RAMO). La mayoría de las parturientas comenzará el trabajo de parto de forma natural dentro de las siguientes 24 horas.

El especialista en gineco-obstetricia debe afrontar circunstancias complejas en el ejercicio de la medicina obstétrica; una de estas es la ruptura de las envolturas fetales en una gestación de edad gestacional menor. (32)

Aunque la estrategia terapéutica que debe adoptar está orientada a proteger el bienestar tanto de la madre como del producto de la gestación, en múltiples ocasiones, la determinación clínica puede comprometer la salud del feto con el fin de salvaguardar el bienestar materno

Esta situación se presenta cuando la existencia de un proceso infeccioso impide continuar con el desarrollo normal del embarazo y el tiempo gestacional no ha alcanzado la madurez completa. En numerosas circunstancias, las complicaciones derivadas del nacimiento antes de término del neonato comprometerán su supervivencia, por lo cual debemos estar listos para reducir las secuelas de nuestra determinación médica.(33)

La incidencia de Ruptura Anticipada del Saco Amniótico es superior en gestantes con procesos infecciosos del sistema reproductivo, especialmente en presencia de disbiosis vaginal bacteriana. Los microorganismos que normalmente colonizan el aparato genital inferior poseen la habilidad de secretar fosfolipasas, las cuales estimulan la producción de prostaglandinas, encargadas de desencadenar la actividad contráctil del útero



Otros elementos reportados vinculados a la RTA incluyen los siguientes: exceso de líquido amniótico, anomalías de la estructura uterina, gestación gemelar o múltiple, disminución de la longitud cervical, separación prematura de la placenta, trastornos del colágeno, déficit de hemoglobina, condición socioeconómica desfavorable, lesión traumática del abdomen. (34)

### **c) Hemorragias del embarazo**

Se define como sangrado durante la gestación al derrame sanguíneo que se manifiesta a través del conducto vaginal en cualquier período del embarazo. Por otra parte, los orígenes principales de las pérdidas hemáticas que acontecen durante el primer tercio gestacional son la pérdida gestacional, la posibilidad de pérdida fetal, la implantación extrauterina y la patología del trofoblasto. (35)

Las hemorragias en el primer trimestre de la gestación constituyen un desafío frecuente en la práctica clínica obstétrica cotidiana. Los protocolos de manejo suelen estar estandarizados en la mayoría de los centros de atención; no obstante, la evidencia científica contemporánea indica que algunas de estas intervenciones carecen de respaldo sólido. Aproximadamente el 11% de las gestaciones intrauterinas culminan en pérdida gestacional temprana. Ante incertidumbre sobre la viabilidad embrionaria, se recomienda repetir la ecografía entre 7 y 10 días posteriores. (36)

Los sangrados vinculados a la gestación son aquellos que ocurren durante las distintas etapas del embarazo y del alumbramiento, ocasionando serias repercusiones para el bienestar materno y neonatal. Estos establecen el tercer origen de dolencia y muerte materna en territorio nacional que se



conceptualiza como sangrado de la segunda fase gestacional a la pérdida sanguínea que acontece posterior a las 22 semanas de desarrollo fetal.

Los orígenes más comunes incluyen:

- Inserción placentaria baja (IPB) y
- Separación prematura de placenta normalmente insertada (SPPNI),

Con menor frecuencia se presentan ruptura del útero (RU), rotura del borde placentario y vasos previos (37)

#### **d) Anemia**

La OMS define anemia gestacional cuando la hemoglobina es inferior a 11 g/dL y el volumen globular menor al 33%. De acuerdo a los valores hemoglobínicos, se categoriza en: (a) anemia discreta (Hb entre 10 y 10,9 g/dL); (b) anemia media (Hb entre 7 y 9,9 g/dL); y (c) anemia intensa (Hb menor de 7 g/dL) Entre los vegetales de hoja verde ricos en hierro se encuentran la espinaca, acelga, berros y brócoli. En cuanto a las leguminosas, los garbanzos, frijoles y lentejas aportan mayor contenido de hierro. Por otro lado, las frutas con aporte de hierro incluyen fresas, higos, ciruelas, aguacate y chirimoya, aunque su contribución es relativamente baja. (38)

En un régimen dietético destinado a la anemia, ciertos alimentos deben ingerirse de manera ocasional o en cantidades mínimas: quesos con alto contenido lipídico, carnes muy grasosas y productos cárnicos procesados (embutidos), así como productos de pastelería y repostería. Para el desayuno se sugiere: dos rebanadas de pan integral. Los cereales con mayor densidad de hierro incluyen brote de trigo, avena y mijo. Es posible



agregar al pan una cucharadita de aceite de oliva y orégano acompañado de una tajada de jamón curado. (39)

## **e) Infecciones urinarias**

Las infecciones del tracto urinario, comprendiendo la bacteriuria subdiagnosticada (BA), la cistopatía inflamatoria aguda (CA) y la pielonefritis activa (PA), se ven favorecidas por las modificaciones morfofuncionales que acontecen durante la gestación. La BA constituye un factor predisponente que incrementa la probabilidad de culminación gestacional prematura, restricción ponderal neonatal y progresión hacia un cuadro pielonefrítico agudo. Su detección requiere urocultivo, ya que otros métodos diagnósticos no poseen eficacia suficiente, y debe ser tratada de forma temprana. *Escherichia coli* provoca cerca del 80% de los episodios informados (40)

Las infecciones urinarias no tratadas pueden desencadenar complicaciones graves e incluso provocar septicemia, una infección sistémica multisistémica que puede derivar en desenlace fatal. Su alta frecuencia no disminuye el riesgo que representan. Usualmente las afecciones patológicas se manifiestan en la zona urinaria y ocurren cuando microorganismos colonizan la uretra y se diseminan hacia la vejiga. El aparato urinario posee mecanismos de defensa para impedir la invasión bacteriana; no obstante, estas barreras inmunológicas pueden resultar insuficientes en determinadas circunstancias. (41)

### **1.2.4. Número de atenciones prenatales**

Dentro del espectro de servicios de atención en salud reproductiva, la vigilancia prenatal constituye una plataforma esencial para ejecutar



funciones clave de cuidado clínico, tales como la estimulación de la salud materna, el despistaje diagnóstico y la profilaxis de patologías.

Primer período: Abarca desde la semana 1 hasta la 14 de embarazo.

Segundo período: Comienza en la semana 14 y termina en la 28.

Tercer trimestre: Comprende desde la semana 28 hasta la culminación del parto. Los controles prenatales se efectúan durante todo el embarazo y deben iniciarse preferentemente en el primer trimestre. (42)

Los cuidados preconcepcionales y la vigilancia obstétrica temprana contribuyen a disminuir riesgos gestacionales y a orientar a las gestantes sobre intervenciones clave para resguardar la salud fetal y favorecer un desarrollo gestacional óptimo.

Propósitos de la supervisión prenatal:

- Monitorear de manera continua el desarrollo y la biometría del feto a lo largo de la gestación.
- Detectar signos o indicadores que sugieran un embarazo de alto riesgo obstétrico.
- Ajustar los requerimientos nutricionales de la gestante y del concepto durante la gestación y el posparto. (43)

Elaborar un esquema de intervenciones adaptado a cada fase gestacional que favorezca tanto la homeostasis materna como el bienestar fetal, promoviendo un parto fisiológico y disminuyendo la probabilidad de eventos adversos, como el nacimiento pretérmino. La periodicidad de la supervisión obstétrica depende del estadio de la gestación y del perfil de riesgo materno-fetal. Para gestantes de 18 a 35 años sin comorbilidades, el seguimiento habitual se organiza de la siguiente manera:



- Cada cuatro semanas durante el primer y segundo trimestre hasta la semana 32.
- Cada dos semanas entre las semanas 32 y 37.
- Con intervalos semanales desde la semana 37 hasta la culminación del embarazo. (44)

## 1.2.5. Complicaciones del parto

¿Qué problemas pueden presentarse en el nacimiento?

Esta situación puede manifestarse cuando: La actividad contráctil disminuye. El cuello del útero no alcanza la dilatación necesaria o demora en exceso para abrirse. El producto no se encuentra en la presentación correcta (45)

### a) Parto obstruido

El parto distócico es definido con base en lo presentado por la OMS en su trabajo de alumbramiento, donde la porción fetal presentada no puede avanzar por el canal obstétrico, a pesar de contracciones del útero efectivas. El porcentaje de operaciones cesáreas en la segunda etapa del trabajo obstétrico está incrementándose. Puede elevar el riesgo de cuadros sépticos. Complicaciones de la placenta: Incluyen el desprendimiento previo al nacimiento de la placenta desde la pared uterina, o su fijación excesivamente firme al útero. (46)

### b) Compromiso salud fetal

Los procedimientos de vigilancia del bienestar fetal consisten en evaluaciones sistemáticas orientadas a identificar neonatos en situación de riesgo intrauterino, con el fin de implementar intervenciones oportunas y evitar lesiones irreversibles.



La supervisión de la frecuencia cardíaca fetal se emplea para controlar la regularidad y el patrón de los latidos cardíacos. Permite detectar incrementos o disminuciones en la actividad cardíaca del feto y examina la variabilidad en la frecuencia de sus pulsaciones. (47)

## 1.2.6. Vía del parto

### a) Vaginal

El alumbramiento normoevolutivo se reconoce como el proceso biológico natural a través del cual la mujer culmina su ciclo gestacional en un intervalo comprendido entre las 37 y 42 semanas de desarrollo intrauterino. Se desencadena de manera espontánea, progresa y culmina sin incidentes, finalizando con el alumbramiento de un neonato sano, requiriendo únicamente soporte integral y atención respetuosa. (48)

Tras el alumbramiento, la madre y el neonato generalmente presentan un estado clínico favorable; sin embargo, la dinámica del parto se ve modulada no solo por determinantes biológicos intrínsecos de la gestante y del feto, sino también por condicionantes psicológicos, socioculturales y del entorno. La mayoría de gestantes saludables, con soporte adecuado y mínima intervención médica, pueden culminar el parto sin comprometer su integridad ni la del neonato.

Para optimizar este proceso fisiológico, resulta esencial que la mujer mantenga confianza en su potencial adaptativo frente a la evolución del fenómeno obstétrico mientras que matronas y obstetras facilitan la evolución segura y respetuosa del evento. (49)



## **b) Cesárea**

Una operación cesárea es una modalidad de procedimiento quirúrgico mediante el cual se efectúa un corte abdominal y uterino en la gestante para la extracción de uno o múltiples neonatos

### **1.2.7. Lugar de la atención del parto**

#### **a) Hospital**

Los alumbramientos institucionales continúan constituyendo la alternativa más frecuente. Esto implica que la gestante se traslada desde una sala de labor de parto hacia un quirófano obstétrico y, posteriormente al nacimiento, a una habitación de recuperación compartida

El departamento de obstetricia, comúnmente denominado unidad de trabajo de parto, es el espacio donde se atiende y monitorean las etapas del proceso obstétrico hasta concluir con el alumbramiento del neonato. (50)

#### **b) Centro de salud**

Las denominaciones establecimiento de salud o unidad de atención básica hacen referencia a la infraestructura donde se brinda asistencia a la comunidad en el nivel primario del sistema sanitario. El recurso humano y las actividades clínicas del mismo pueden diferir entre naciones y entre distintas instituciones. (51)

#### **c) Clínica privada**

Institución de salud, habitualmente de carácter particular, donde se identifica y maneja la patología de un usuario, quien puede permanecer hospitalizado o recibir atención externa. (52)



## 2. Cumplimiento del plan de parto

Un protocolo de nacimiento es un documento redactado sobre las preferencias deseadas durante el proceso obstétrico y el alumbramiento mismo, y mediante este protocolo le comunica a su especialista en obstetricia sus expectativas para el trabajo de parto y el nacimiento. Revise su protocolo con su médico obstetra mucho antes de la fecha estimada de alumbramiento. (53)

### 2.1 Grado de cumplimiento del plan de parto

Para determinar el nivel de ejecución del esquema de alumbramiento se aplica el índice boloñés (28)

**Calidad de la asistencia al parto normal hospitalario mediante el índice de Bolonia. João Pessoa, PB, Brasil, 2021.**

	INDICADORES	PUNTOS	
		1	2
1	Parto en posición no supina		
2	Ausencia de estimulación en el parto		
3	Uso de partograma		
4	Presencia de un acompañante durante el parto		
5	Contacto piel con piel entre la madre y el niño		
	TOTAL		

Categorización del estándar de calidad.

- a) Excelente. 7 a 10 puntos.
- b) Regular. 4 a 6 puntos.
- c) Deficitaria. 1 a 3 puntos.



## 1. Parto en posición supina.

**Parto vertical.** Tal como su designación lo expresa, implica que la parturienta mantenga una posición erecta en el decurso de los variados momentos que estructuran la trayectoria obstétrica. La posición erecta puede incluir estar de pie, sentada, acuclillada o aún arrodillada. (54)

**La posición de litotomía se** conoce también como postura obstétrica o posición dorsal. La gestante se sitúa en una mesa de exploración o camilla, acostada sobre su dorso, en una posición horizontal. Sus extremidades inferiores se ubican apoyadas sobre los estribos de la mesa o camilla. (55)

## 2. Ausencia de estimulación en el parto

Incentivo de la actividad motora y la postura erecta de la embarazada durante el parto y el estímulo oxitócico se establece como la provisión de oxitocina para potenciar y/o elevar la regularidad y fuerza de las contracciones en gestantes cuyo proceso obstétrico comienza espontáneamente. (56)

## 3. Uso de partograma

La finalidad de la partograma es proporcionar una representación gráfica del proceso obstétrico, para notificar a las comadronas y especialistas en obstetricia sobre las alteraciones en el estado de salud materno y fetal, así como en la evolución del trabajo de parto. Convencionalmente, los gráficos incluyen líneas preestablecidas de advertencia y de intervención. (57)

## 4. Presencia de un acompañante durante el parto

La OMS sugiere el soporte humano cercano que se mantiene en el desarrollo del procedimiento obstétrico y el alumbramiento debido a que optimiza los



desenlaces maternos y neonatales, así como la conformidad de las gestantes con los servicios sanitarios. (58)

Toda parturienta a lo largo del tiempo que comprende la labor de parto, incluyendo el momento específico del nacimiento, gozará del derecho a contar con el acompañamiento de una persona de su elección o, en su lugar, conforme a su libre voluntad, de una individualmente preparada para proporcionarle apoyo psicológico

## 5. Contacto piel con piel entre la madre y el niño

El contacto directo corporal proporciona múltiples beneficios para la madre y el neonato. Estabiliza la temperatura corporal del recién nacido, además de su frecuencia cardíaca y sus niveles de glucosa sanguínea. Promueve la alimentación materna y genera sensación de seguridad en el bebé, lo cual puede disminuir el llanto. Asimismo, establece un sólido lazo afectivo familiar. (59)

### 2.3. MARCO CONCEPTUAL

- **Condicionantes.** a la suma de elementos particulares y colectivos, de índole económica y medioambiental, que influyen en el nivel de salud y bienestar de sujetos y comunidades (60)
- **Gestacional.** Relacionado con la gravidez, es el lapso temporal que transcurre entre la fecundación y el alumbramiento. Durante este período, el feto se desarrolla y madura dentro del órgano uterino materno. La edad gestacional constituye el término habitual empleado durante el embarazo para describir el grado de avance del mismo. (61)
- **Parto vertical.** Constituye el nacimiento donde la gestante mantiene una posición erguida (parada, sentada, sobre las rodillas o acuclillada), en tanto



que el profesional sanitario se ubica anterior o posteriormente a la parturienta para brindar atención durante el alumbramiento. (62)

- **Plan de parto.** es un documento redactado sobre las preferencias deseadas durante el proceso obstétrico y el alumbramiento propiamente dicho.(63)
- **Pregestacional.** Son los acontecimientos o particularidades anteriores a la fecundación de un producto, se denomina cuidado preconcepcional y facilita la prevención, identificación y manejo de las patologías que podrían comprometer la futura gestación, eludiéndolas o reduciendo sus consecuencias. (64)



## CAPÍTULO III

### PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque corresponde a un diseño observacional. Este tipo de estudios se lleva a cabo sin intervenir de manera intencional sobre las variables, limitándose a registrar y analizar los fenómenos en su contexto natural (65)

#### 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de una investigación fundamental de enfoque correlacional. Este estudio posee carácter relacional, ya que su propósito es reconocer vínculos entre variables y establecer si existen asociaciones, interdependencias o discrepancias relevantes

**Transversal.** el rasgo distintivo de un estudio de corte transversal es la observación y análisis de una etapa puntual y concreta dentro del tiempo.

**Retrospectivo.** Cuando el evento a analizar ocurrió con anterioridad al momento de diseñar el estudio, se trata de una investigación de tipo "retrospectiva".

#### 3.3. MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN

**Cuantitativo.** Pita y Pértegas. (2002), la exploración cuantitativa en la actualidad representa una metodología de investigación que maneja cifras,



elementos y muestras estadísticas para obtener deducciones respecto a un asunto específico.

### **3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.4.1. Población**

La representaron las historias clínicas de pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María en el periodo de estudio, total 253 historias clínicas.

#### **3.4.2. Muestra**

Se revisó el 100% de historias clínicas de pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María en el periodo de estudio, total 253 historias clínicas.

#### **Ámbito y temporalidad**

##### **El ámbito de investigación**

Departamento de Puno

Provincia San Román

Distrito Juliaca

##### **Temporalidad**

Periodo 2022-2023.

### **3.5. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Esta es una epata muy importante en cualquier investigación, la recolección de datos debe considerar la calidad y la integridad de los datos.



### 3.5.1. Técnicas

**V1:** análisis documental.

**V2:** análisis documental.

Se utilizó el Análisis documental. La investigación documental es el uso de fuentes externas, documentos, para apoyar el punto de vista o argumento de un trabajo académico.

### 3.5.2. Instrumento

**V1:** ficha de recolección de datos.

**V2:** ficha de recolección de datos.

Es la **Ficha de recolección de datos**. Consiste en una herramienta de la cual se vale un investigador para obtener información que le permita desarrollar su proyecto investigativo

#### **Fuentes**

Secundarias. Historias clínicas

### 3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Las variables fueron codificadas para la recolección de datos, se elaboró una ficha de recolección de datos para alcanzar los objetivos propuestos.

Se solicitó a expertos revisar el instrumento previamente y luego se elaboró una tabla de Excel para recolectar los datos.

Se seleccionó las historias clínicas y se procedió a evaluar el grado de cumplimiento del plan de parto según los indicadores del índice de Bolonia.

-Se recolectó los datos de las siguientes variables

Se utilizó el programa SPSS v25, para el procesamiento de los datos.

Con ésta información se procedió a elaborar el informe final de conformidad con el anexo 3.

### 3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Se aplicó la prueba de chi cuadrado, como instrumento estadístico para la contrastación de la hipótesis, lo que permitió aceptar afirmaciones respecto a variables aleatorias o rechazarlas.

Es decir, se realizó un contraste no paramétrico. Porque se contrasta relación de dependencia o independencia entre los caracteres.

**PRUEBA ESTADÍSTICA**

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \left[ \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$$

Donde:  
O<sub>i</sub>: Valor observado  
E<sub>i</sub>: Valor esperado

### 3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Éstos son dos conceptos utilizados para evaluar la **calidad del instrumento** de recolección de datos aplicado al estudio.

Los dos criterios se deben tener en cuenta en el diseño del instrumento.

#### 3.8.1. Validez

Se realizó por juicio de expertos por obstetras especializadas en el tema: Obstetra Doctora Guliana Brigitte Zuñiga Zuñiga COP 5449, Obstetra Doctora Carolk Zuñiga Zuñiga ,Eleazar Rafael Mendoza médico cirujano, quienes validaron dando opinión favorable antes de su aplicación.



### 3.8.2. Confiabilidad

El alfa de Cronbach arrojó una puntuación de 0,769 para la fiabilidad del constructo (bastante buena).

Esta prueba comprueba la coherencia entre las preguntas o elementos de una encuesta. En resumen, indica si las preguntas realmente coinciden entre sí, como si todas trabajaran para el mismo equipo.



### CAPÍTULO IV

#### 4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 1. EDAD Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN SANTA MARIA. 2024

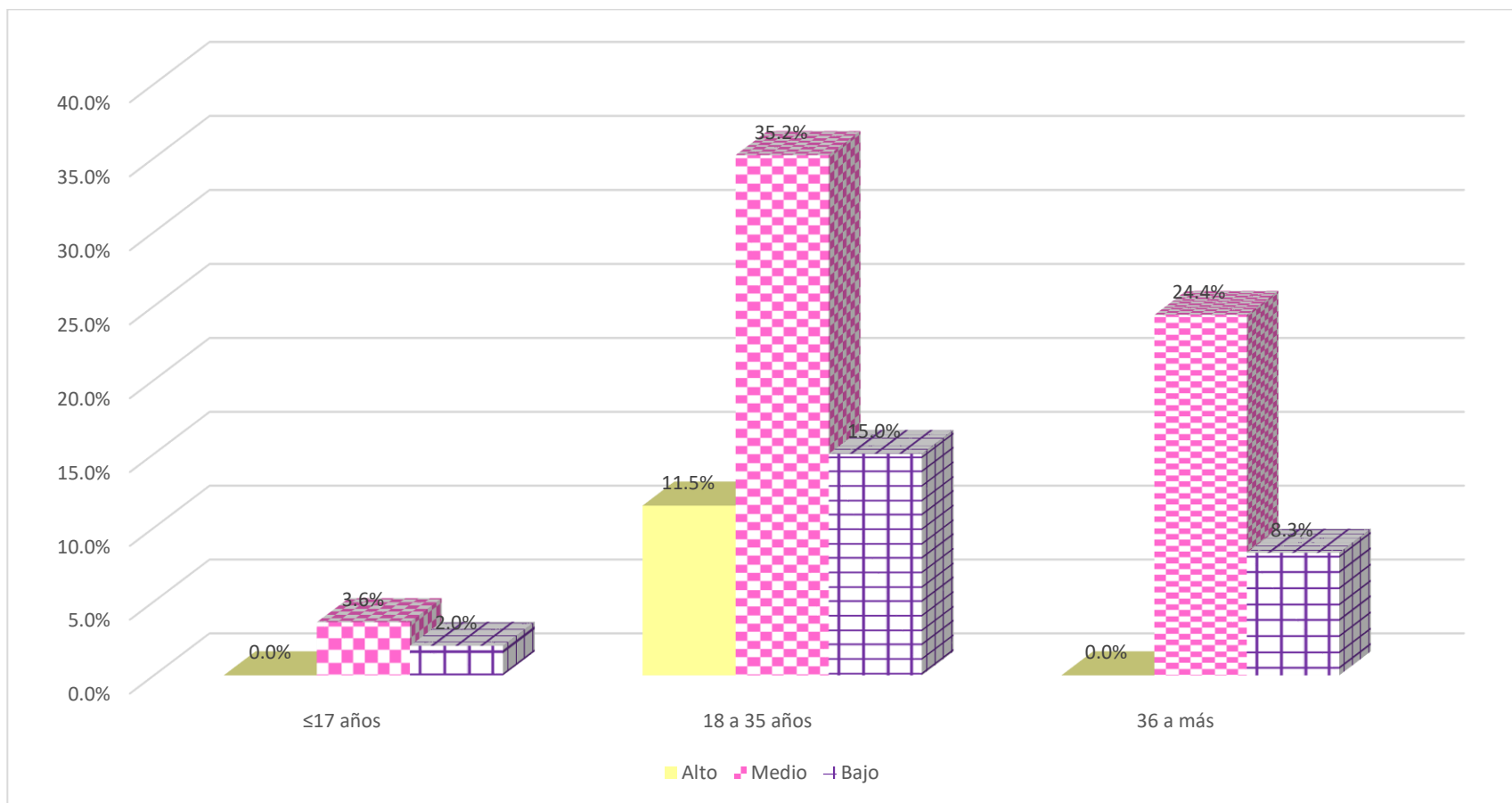
EDAD	GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
≤17 años	0	0.0	9	3.6	5	2.0	14	5.6
18 a 35 años	29	11.5	89	35.2	38	15.0	156	61.7
36 a más	0	0.0	62	24.4	21	8.3	83	32.7
<b>TOTAL</b>	29	11.5	160	63.2	64	25.3	253	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

X2 Cal = 21.36 > X² Tab= 18.465 GL 4 NS 0.001



**FIGURA 1. EDAD Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN SANTA MARÍA. 2024**



Fuente. Tabla 1



La distribución por edad, muestra que el 5.6% tienen una edad menor o igual a 17 años, el 61.7% edades entre 18 a 35 años, el 32.7% de 36 a más años.

El análisis multivariable muestra que en los tres grupos de estudio: alto medio y bajo cumplimiento del plan de parto la edad que predomina es entre 18 a 35 años, 11.5%, 35.2% y 15.0% respectivamente.

La edad influye claramente en el seguimiento del plan de parto. La prueba de chi-cuadrado lo demuestra. El análisis numérico arrojó un chi-cuadrado de 21,36, mayor que el valor de la tabla de 18,465, con 4 grados de libertad y un nivel de significancia de 0,001.

Se encontró correlación significativa entre las variables de la tabla.

Diversos autores; Carrión, E. B. L., Saquicaray, L. S. P., Rueda, E. Y. R. (2022). afirman. La población de estudio se encontraba entre los 16 a 42 años de edad, con prevalencia en el rango de 20 a 35 años, el 46% de las gestantes tenían 1 gestación. (5)

En esta investigación se presenta igualmente que la edad predominante de las embarazadas se sitúa entre los 18 hasta los 35 años.



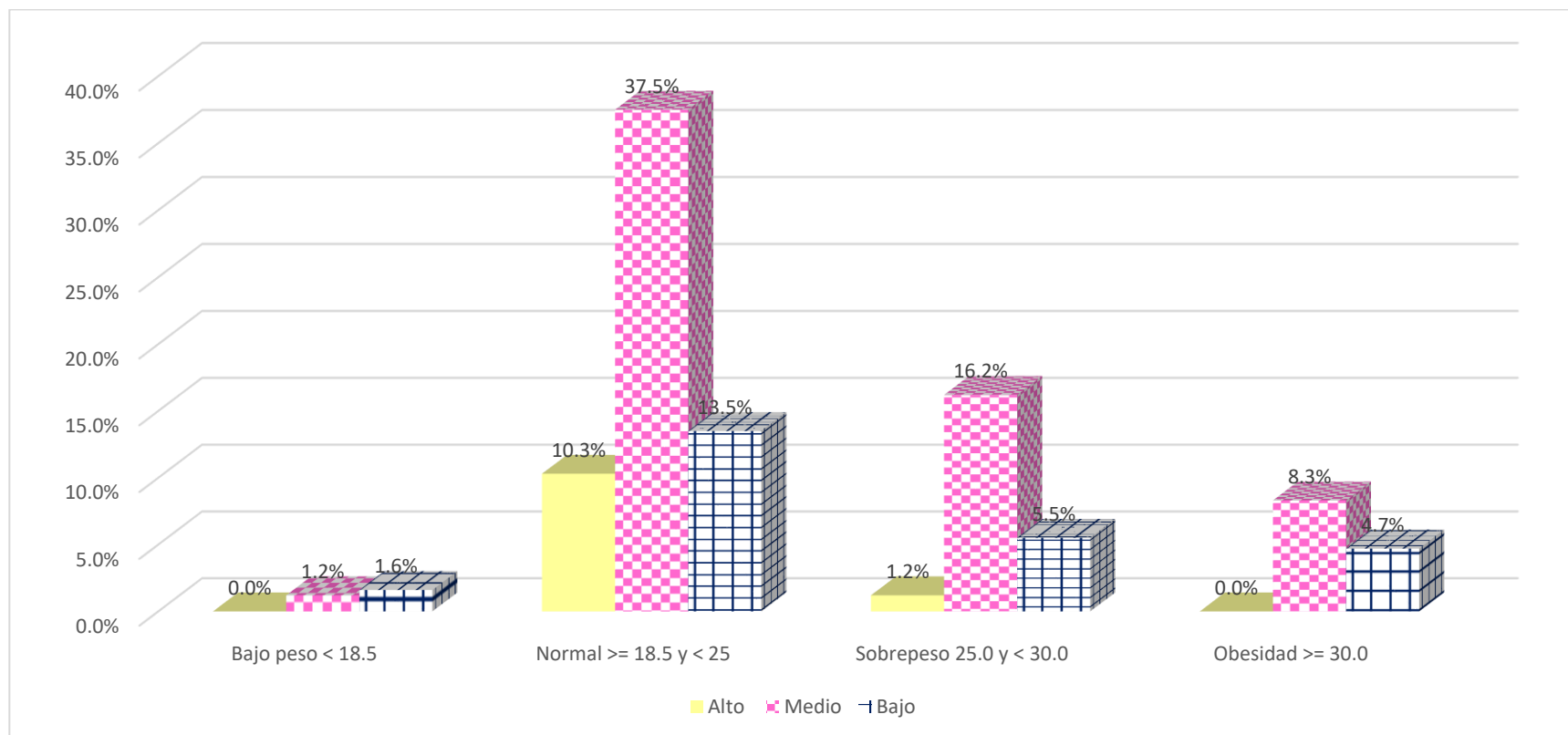
**TABLA 2. ESTADO NUTRICIONAL PREGRAVÍDICO Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN SANTA MARÍA. 2024**

ESTADO NUTRICIONAL PREGRAVÍDICO	GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
<b>Bajo peso &lt; 18.5</b>	0	0.0	3	1.2	4	1.6	7	2.8
<b>Normal &gt;= 18.5 y &lt; 25</b>	26	10.3	95	37.5	34	13.5	155	61.3
<b>Sobrepeso 25.0 y &lt; 30.0</b>	3	1.2	41	16.2	14	5.5	58	22.9
<b>Obesidad &gt;= 30.0</b>	0	0.0	21	8.3	12	4.7	33	13.0
<b>TOTAL</b>	29	11.5	160	63.2	64	25.3	253	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

**X2 Cal = 16.59 > X<sup>2</sup> Tab= 15.033 GL 6 NS 0.02**

**FIGURA 2. ESTADO NUTRICIONAL PREGRAVÍDICO Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN SANTA MARÍA. 2024**



Fuente. Tabla 2



El estado nutricional pregravídico en el 2.8% fue de bajo peso, el 61.3% normal, el 22.9% de sobrepeso y el 13.0% de las embarazadas presentó obesidad.

Del análisis bivariado se desprende que, en los tres grupos de estudio, grado de cumplimiento del plan de parto; alto, medio y bajo se presentó con mayor frecuencia el estado nutricional normal, 10.3%, 37.5% y 13.5% respectivamente.

Utilizaron la prueba de chi-cuadrado para comprobar si la nutrición pregestacional se relaciona con el seguimiento del plan de parto. El chi-cuadrado total obtenido fue de 16,59. Esta cifra supera el chi-cuadrado crítico de 15,033 (6 grados de libertad, significancia: 0,02).

Por esta razón afirmamos que si se encontró moderada relación de dependencia entre las variables.

En una investigación realizada respecto al estado nutricional en gestantes en Puno Velásquez G. R. Observaron las prevalencias de 0,91% bajo peso, 37,86% de sobrepeso y 14,61% obesidad en Puno. (3)

En comparación a los resultados en la tabla se encuentra similitud.



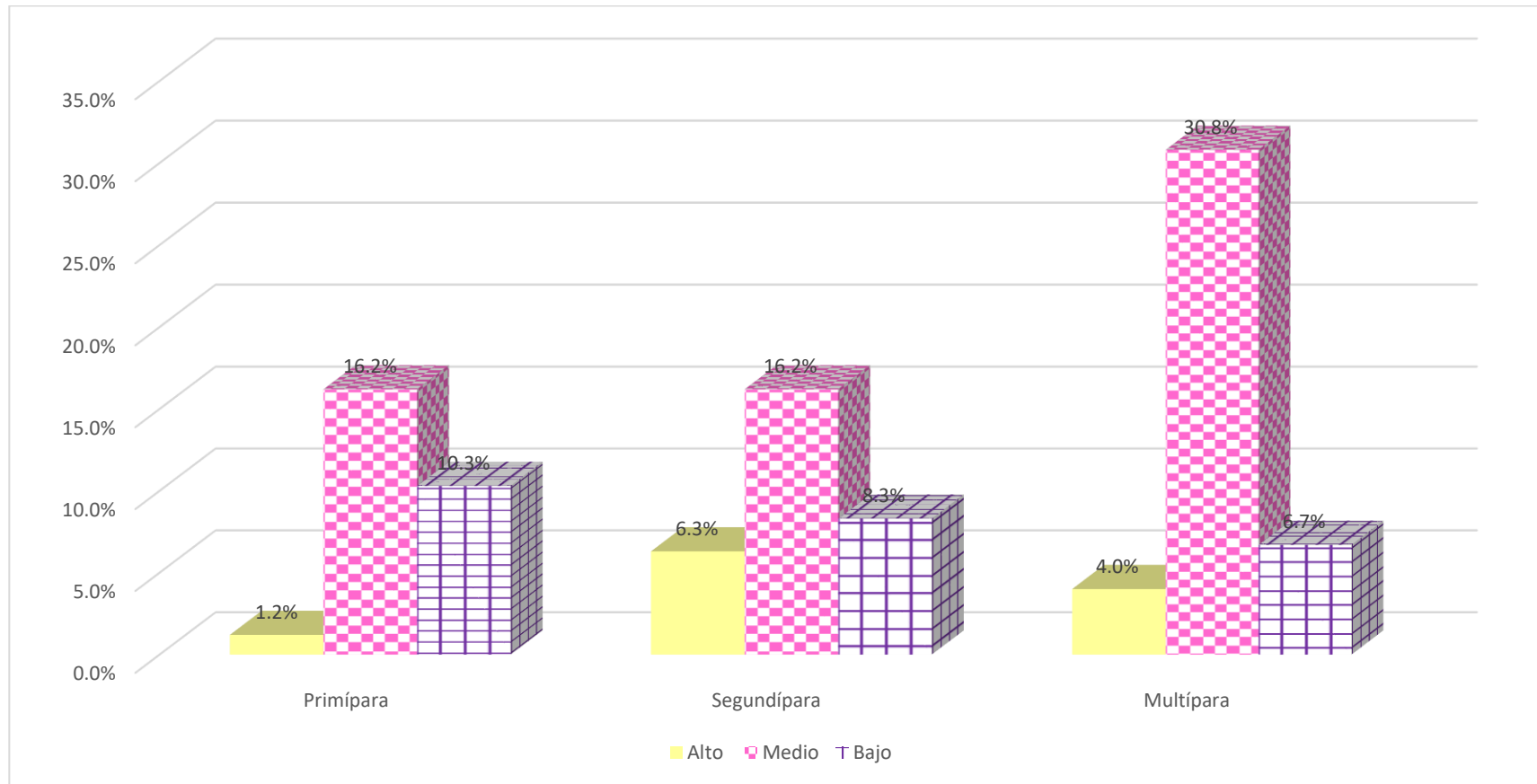
**TABLA 3. PARIDAD Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN SANTA MARÍA. 2024**

PARIDAD	GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Primípara	3	1.2	41	16.2	26	10.3	70	27.7
Segundípara	16	6.3	41	16.2	21	8.3	78	30.8
Múltipara	10	4.0	78	30.8	17	6.7	105	41.5
<b>TOTAL</b>	29	11.5	160	63.2	64	25.3	253	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

**X2 Cal = 20.14 > X<sup>2</sup> Tab= 18.465 GL 4 NS 0.001**

**FIGURA 3. PARIDAD Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PAIENTES CONTROLADAS EN SANTA MARÍA. 2024**



Fuente. Tabla 3



El primer aspecto es la paridad, en el 27.7% fueron primíparas, el 30.8% secundíparas y el 41.5% múltiparas.

El segundo aspecto, el análisis multivariable permite apreciar que en el grupo con alto grado de cumplimiento del plan de parto el 6.3% fueron secundíparas, en el medio fue más frecuente en el 30.8% de múltiparas y el bajo grado de cumplimiento se presentó con mayor frecuencia en el 10.3% de primíparas.

Lo mismo ocurrió con la prueba de chi-cuadrado, que compara la paridad con la adherencia al plan de parto. El resultado, 20,14, superó el valor de referencia de 18,465 (con 4 grados de libertad). El valor p fue de 0,001.

Esto indica que si existe un alto nivel de significancia entre las variables de la tabla.

Diversos autores; Carrión, E. B. L., Saquicaray, L. S. P., Rueda, E. Y. R. (2022). afirman. La población de estudio se encontraba entre los 16 a 42 años de edad, con prevalencia en el rango de 20 a 35 años, el 46% de las gestantes tenían 1 gestación. (5)

Comparando con los resultados de la tabla mostrada se encuentra una frecuencia de primigestas menor de 27.7%.



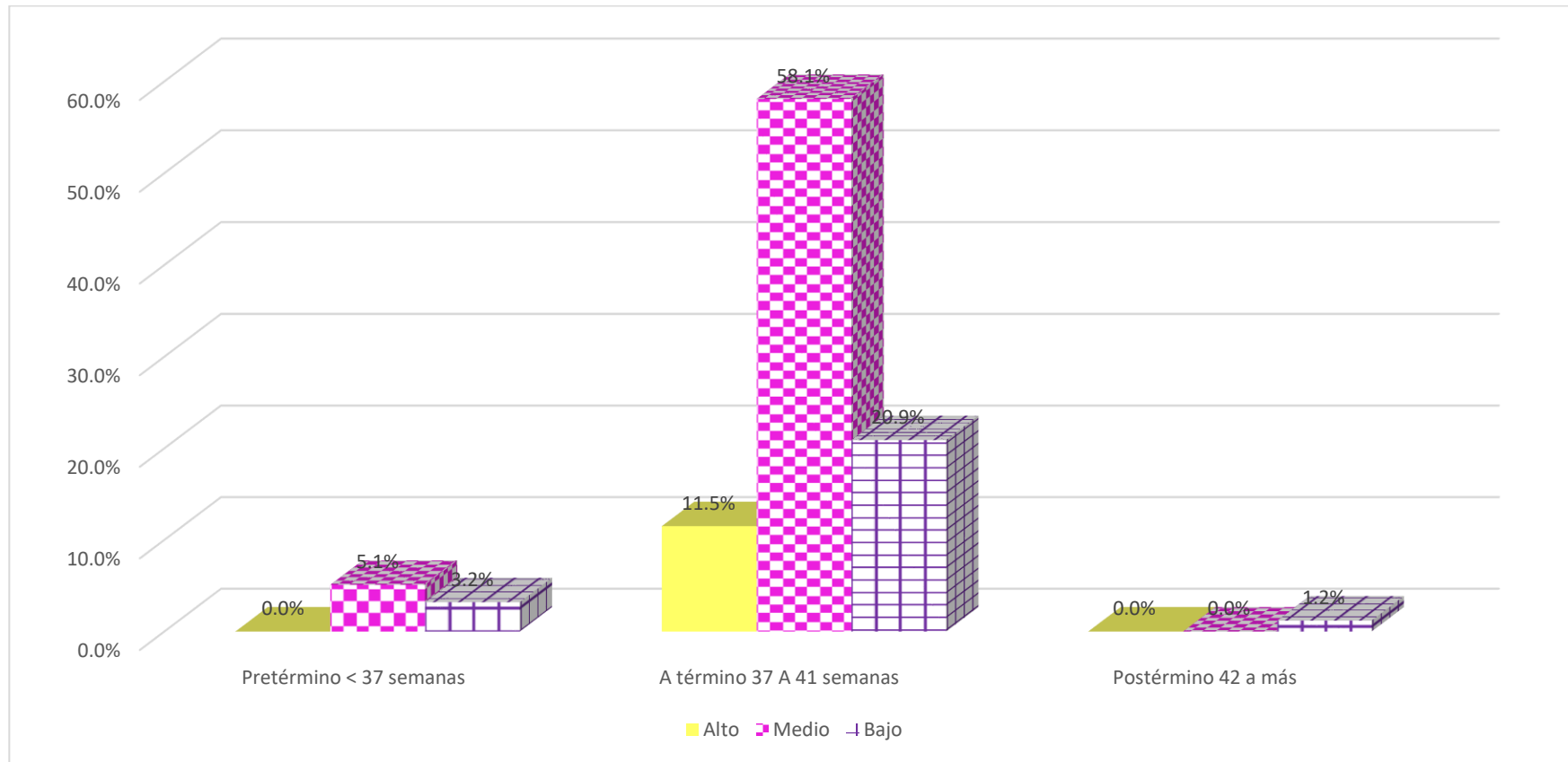
**TABLA 4. EDAD GESTACIONAL Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN SANTA MARÍA. 2024**

EDAD GESTACIONAL	GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Pretérmino < 37 semanas	0	0.0	13	5.1	8	3.2	21	8.3
A término 37 A 41 semanas	29	11.5	147	58.1	53	20.9	229	90.5
Postérmino 42 a más	0	0.0	0	0.0	3	1.2	3	1.2
<b>TOTAL</b>	29	11.5	160	63.2	64	25.3	253	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

**X2 Cal = 13.37 > X<sup>2</sup> Tab= 11.668 GL 4 NS 0.02**

**FIGURA 4. EDAD GESTACIONAL Y GARDO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN SANTA MARÍA. 2024**



Fuente. Tabla 4



La distribución de pacientes en estudio por la edad gestacional, muestra que el 8.3% tuvo partos de pretérmino, el 90.5% a término y el 1.2% de posttérmino.

El análisis multivariable muestra que el grado de cumplimiento del plan de parto alto, medio y bajo, se presentó con mayor frecuencia en gestaciones que alcanzaron el término, 11.5%, 58.1% y 20.9% respectivamente.

Al realizar la prueba de chi-cuadrado para comprobar la relación entre la edad gestacional y el seguimiento del plan de parto, se obtuvo un valor de chi-cuadrado calculado de 13,37. Este valor es mayor que el tabulado (11,668) para 4 grados de libertad y un nivel de significancia de 0,02. Creo que esto significa que existe una asociación significativa.

De esta forma se afirma que si existe relación moderadamente significativa entre las variables en estudio.

En la investigación realizada en el Hospital Carlos Monge Medrano por Supo E. M. encontró: el parto a término en el 86.8%  $p > 0.05$ . (14)

Porcentaje similar al encontrado en esta investigación 90.5% de gestaciones a término.



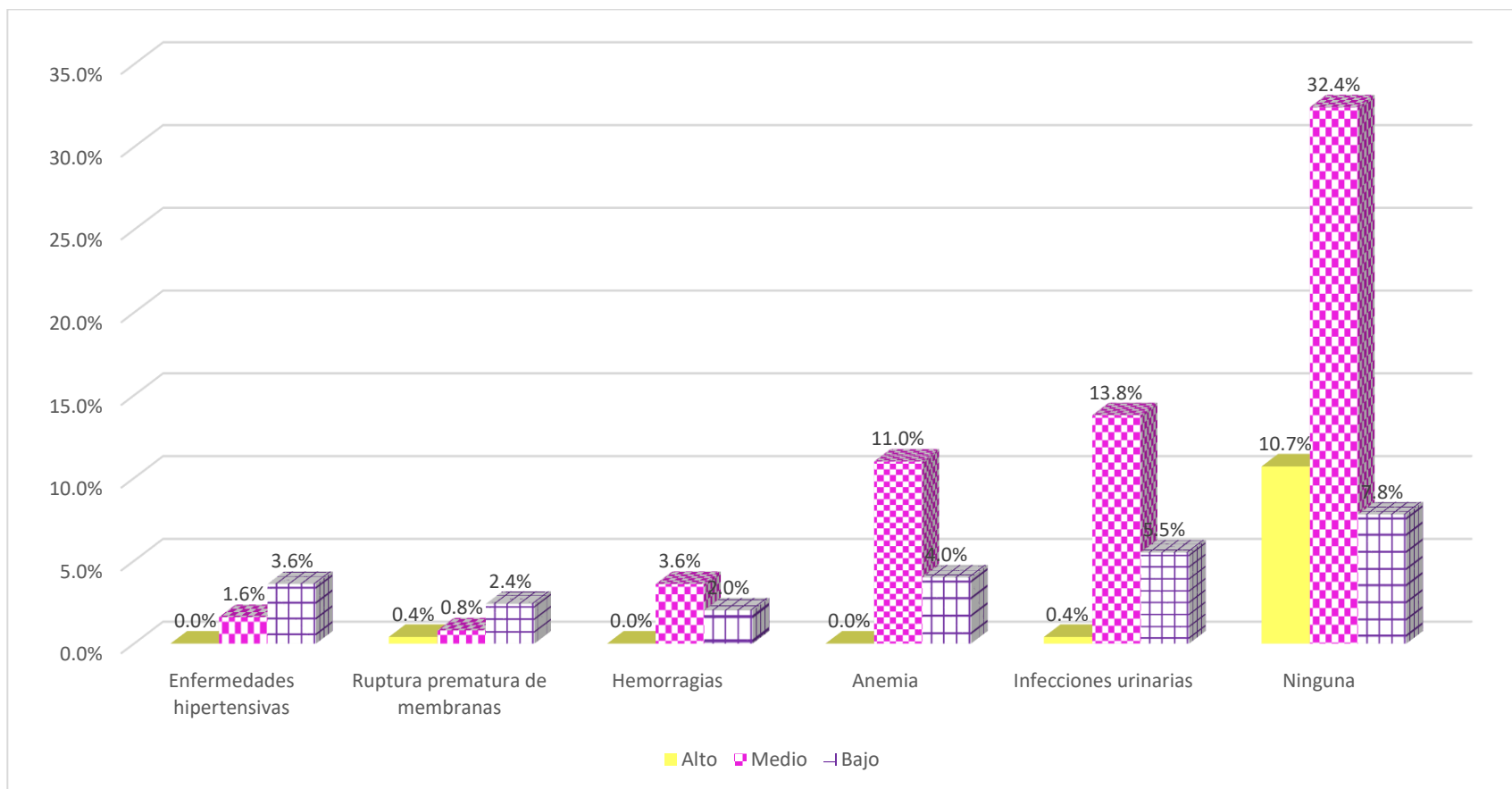
**TABLA 5. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN SANTA MARÍA. 2024**

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Enfermedades hipertensivas	0	0.0	4	1.6	9	3.6	13	5.2
Ruptura prematura de membranas	1	0.4	2	0.8	6	2.4	9	3.6
Hemorragias	0	0.0	9	3.6	5	2.0	14	5.6
Anemia	0	0.0	28	11.0	10	4.0	38	15.0
Infecciones urinarias	1	0.4	35	13.8	14	5.5	50	19.7
Ninguna	27	10.7	82	32.4	20	7.8	129	50.9
<b>TOTAL</b>	29	11.5	160	63.2	64	25.3	253	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

**X2 Cal = 48.69 > X2 Tab= 29.586 GL 10 NS 0.001**

**FIGURA 5. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN SANTA MARÍA. 2024**



Fuente. Tabla 5



Respecto a las complicaciones del embarazo, en el 5.2% presentaron enfermedades hipertensivas, en el 3.6% ruptura prematura de membranas, en el 5.6% hemorragias del embarazo, en el 15.0% anemia, en el 19.7% infecciones urinarias y el 50.9% ninguna.

El análisis de las dos variables de la tabla muestra como complicación más frecuente en el grupo de alto, medio y bajo cumplimiento del plan de parto la complicación más frecuente son las infecciones urinarias.

La prueba de chi-cuadrado relaciona los problemas del embarazo con otros problemas del embarazo. El resultado fue 48,69, superior al valor del gráfico de 29,586 (con un nivel de significancia de 10 grados de libertad de 0,001).

En este sentido, es posible afirmar que si se encontró una alta correlación entre las variables.

Los autores: Macedo K. C., Mautino M. S. Afirman. Las complicaciones más frecuentes fueron: el 35.8% infección del tracto urinario, 24.2% aborto, 12.7% ruptura de membranas.

Coincidimos en la complicación más frecuente en mujeres embarazadas es la infección urinaria en esta tabla 19.7% se presentó en menor porcentaje.



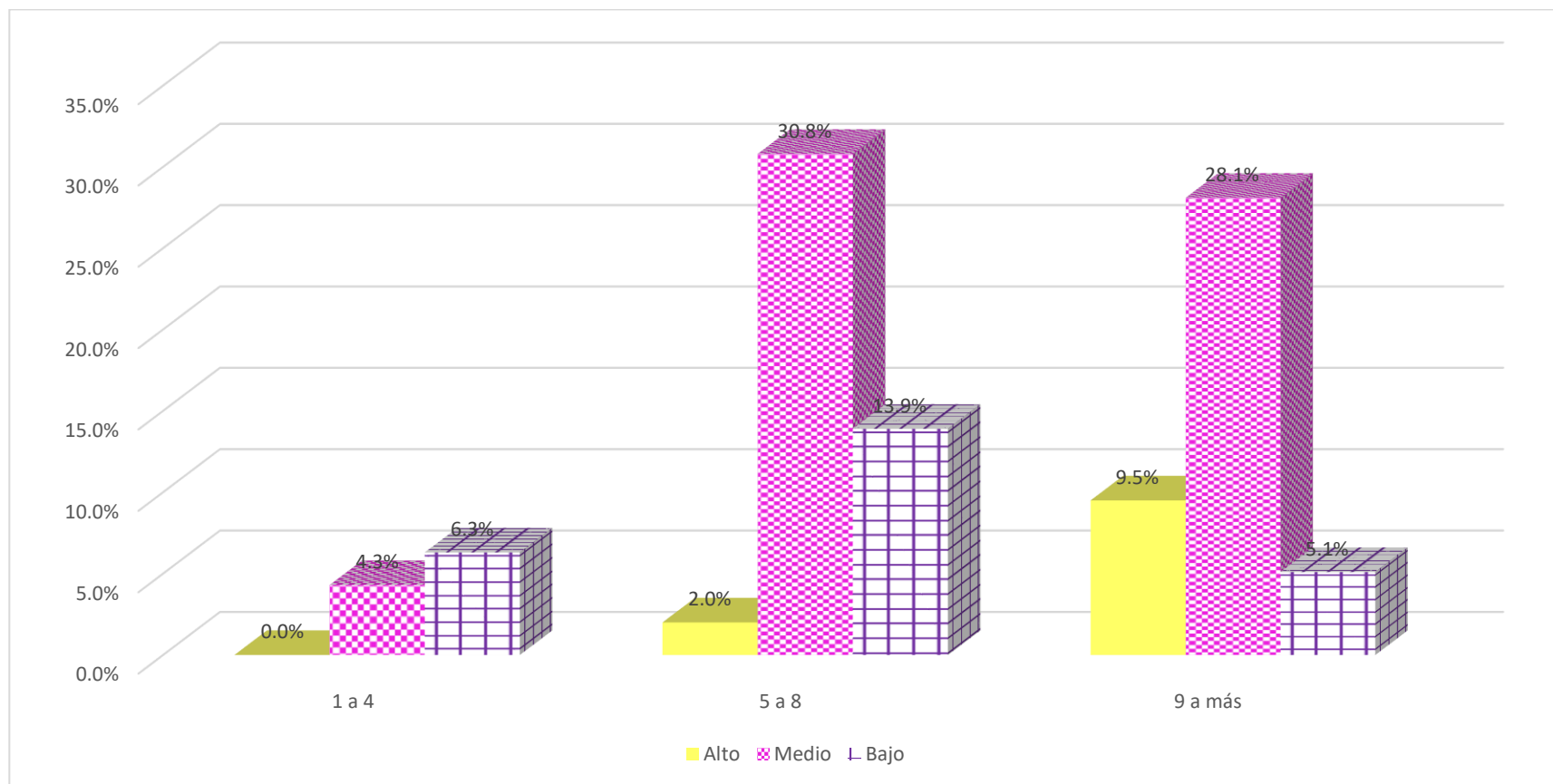
**TABLA 6. NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN SANTA MARÍA. 2024**

NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES	GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
1 a 4	0	0.0	11	4.3	16	6.3	27	10.6
5 a 8	5	2.0	78	30.8	35	13.9	118	46.7
9 a más	24	9.5	71	28.1	13	5.1	108	42.7
<b>TOTAL</b>	29	11.5	160	63.2	64	25.3	253	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

$X^2_{Cal} = 42.50 > X^2_{Tab} = 18.465 \quad GL \ 4 \quad NS \ 0.001$

**FIGURA 6. NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN SANTA MARÍA. 2024**



Fuente. Tabla 6



En cuanto al número de atenciones prenatales, el 10.6% acudió entre 1 a 4 atenciones, en el 46.7% entre 5 a 8 atenciones y el 42.7% de 9 a más.

Analizando las variables de la tabla, se aprecia que en el grupo de alto grado de cumplimiento del plan de parto la mayoría 9.5% acudió de 9 a más atenciones prenatales y en los grupos de medio y bajo predominó entre 5 a 8 atenciones, 30.8% y 13.9% respectivamente.

La prueba de chi-cuadrado comprobó cuántas visitas de atención prenatal se relacionaban con el cumplimiento del plan de parto. ¿El resultado? El chi-cuadrado arrojó un valor de 42,50, muy superior al valor de la tabla de 18,465 para 4 grados de libertad y un nivel de significancia de 0,001.

Solano J. K. En su estudio de atención prenatal en primigestas encontró que, el 13.30% con sexta atención. (9)

En esta tabla se observa una frecuencia mayor de embarazadas que acudieron inclusive a más de 9 atenciones prenatales 42.7%.



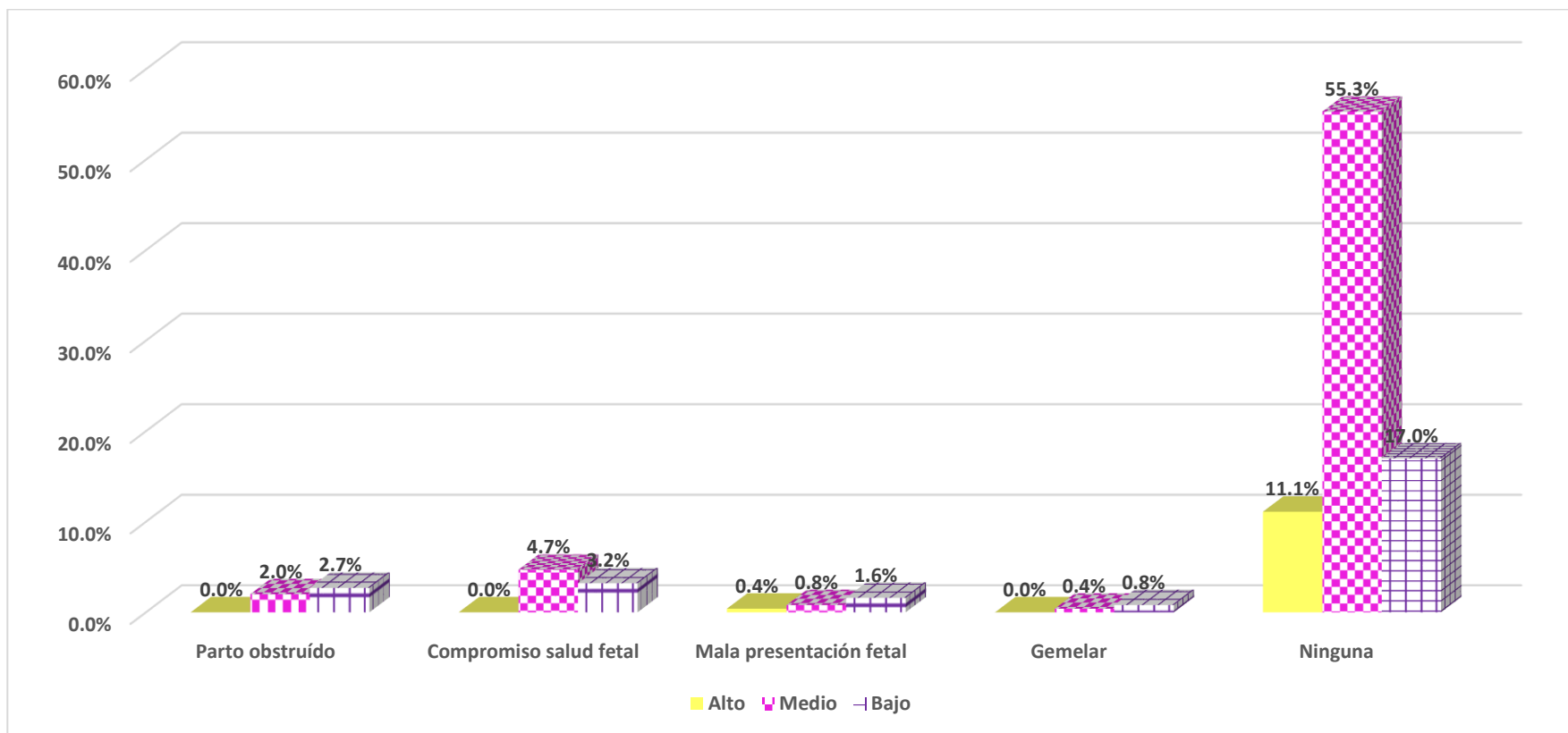
**TABLA 7. COMPLICACIONES DEL PARTO Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN SANTA MARÍA. 2024**

COMPLICACIONES DEL PARTO	GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo		fi	%
	Fi	%	fi	%	fi	%		
<b>Parto obstruido</b>	0	0.0	5	2.0	7	2.7	12	4.7
<b>Compromiso salud fetal</b>	0	0.0	12	4.7	8	3.2	20	7.9
<b>Mala presentación fetal</b>	1	0.4	2	0.8	4	1.6	7	2.8
<b>Gemelar</b>	0	0.0	1	0.4	2	0.8	3	1.2
<b>Ninguna</b>	28	11.1	140	55.3	43	17.0	211	83.4
<b>TOTAL</b>	29	11.5	160	63.2	64	25.3	253	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

**X2 Cal = 21.40 > X<sup>2</sup> Tab= 20.090 GL 8 NS 0.01**

**FIGURA 7. COMPLICACIONES DEL PARTO Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN SANTA MARÍA. 2024**



Fuente. Tabla 7



Las complicaciones del parto, en el 4.7% fue el parto obstruido, en el 7.9% compromiso de la salud fetal, en el 2.8% mala presentación fetal, el 1.2% gemelar y el 83.4% ninguna.

El análisis multivariable permite observar que en el grupo con alto cumplimiento del plan de parto se presentó como complicación del parto en el 0.4% mala presentación fetal y en los grupos de medio y bajo el compromiso de la salud fetal 4.7% y 3.2% respectivamente.

Al observar la relación entre las complicaciones del parto y el grado de seguimiento del plan de parto, se obtiene un chi cuadrado de 21,40. Este valor es superior al chi cuadrado indicado de 20,090. Ocho grados de libertad. La significancia es de 0,01.

Frente a estos resultados, afirmamos que si existe relación moderada entre las variables de la tabla.

Entre las complicaciones del parto. El colectivo de autores: Netto, R. O. R. F., Netto, J. D. A. R. F., Caballero, G., Escobar, J. M. G., Flores, B. H., da Silva Botaro, M., Kirch, T. E. se observaron que 11% por preeclampsia, 10,5% desprendimiento de placenta, 10% por bradicardia fetal y 8,5% por presentación podálica. (6)

Los autores citados afirman que el compromiso de la salud fetal se presenta en el 10% de fetos, en este estudio levemente menor 7.9% de frecuencia de compromiso de la salud fetal.



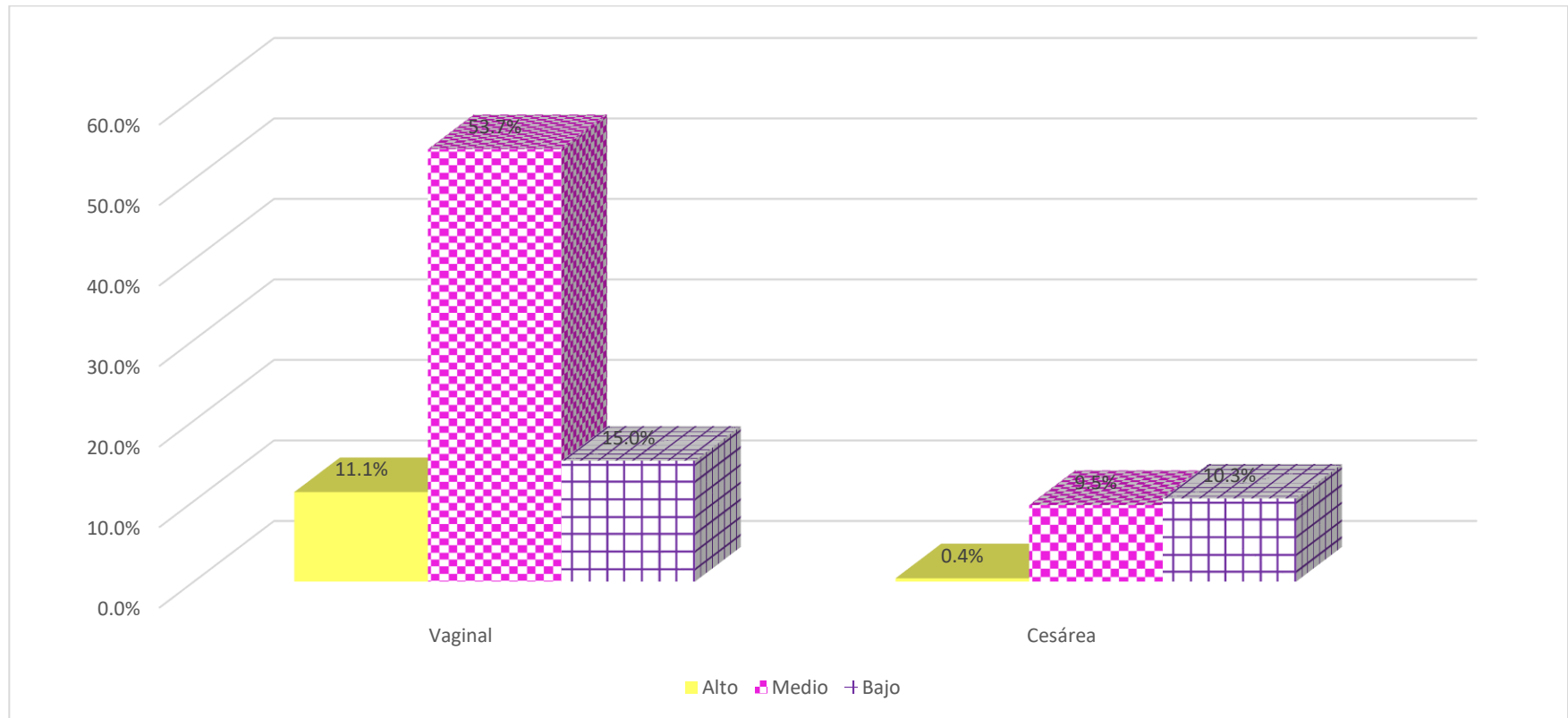
**TABLA 8. VÍA DEL PARTO Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN SANTA MARÍA. 2024**

VÍA DEL PARTO	GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Vaginal	28	11.1	136	53.7	38	15.0	202	79.8
Cesárea	1	0.4	24	9.5	26	10.3	51	20.2
<b>TOTAL</b>	29	11.5	160	63.2	64	25.3	253	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

$X^2_{Cal} = 24.33 > X^2_{Tab} = 13.815 \text{ GL } 2 \text{ NS } 0.001$

**FIGURA 8. VÍA DEL PARTO Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN SANTA MARÍA. 2024**



Fuente. Tabla 8



La vía del parto en las pacientes en estudio en el 79.8% fue vaginal y en el 20.2% cesárea.

Del análisis multivariable se tiene que la vía del parto predominante en el grado de cumplimiento del plan de parto alto y medio fue la vaginal 11.1% y 53.7% respectivamente y en el grupo con bajo cumplimiento el 25.3% fue por cesárea.

Las estadísticas muestran una relación entre el parto y el grado de apego al plan de parto. El chi cuadrado arroja un resultado de 24,33, superior al de la tabla, que es de 13,815. Se utilizaron 2 grados de libertad y un nivel de significancia de 0,001.

Como consecuencia, afirmamos que si existe una alta relación de dependencia entre la variable vía del parto y grado del cumplimiento

Diversos autores, Netto, R. O. R. F., Netto, J. D. A. R. F., Caballero, G., Escobar, J. M. G., Flores, B. H., da Silva Botaro, M., Kirch, T. E. Afirman la frecuencia de cesáreas realizadas (26,28% del total de partos).

En ésta investigación la frecuencia de cesárea es menor 20.2% en relación a la encontrada por los autores mencionados. (6)



**TABLA 9. LUGAR DE LA ATENCIÓN DEL PARTO Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN SANTA MARÍA. 2024.**

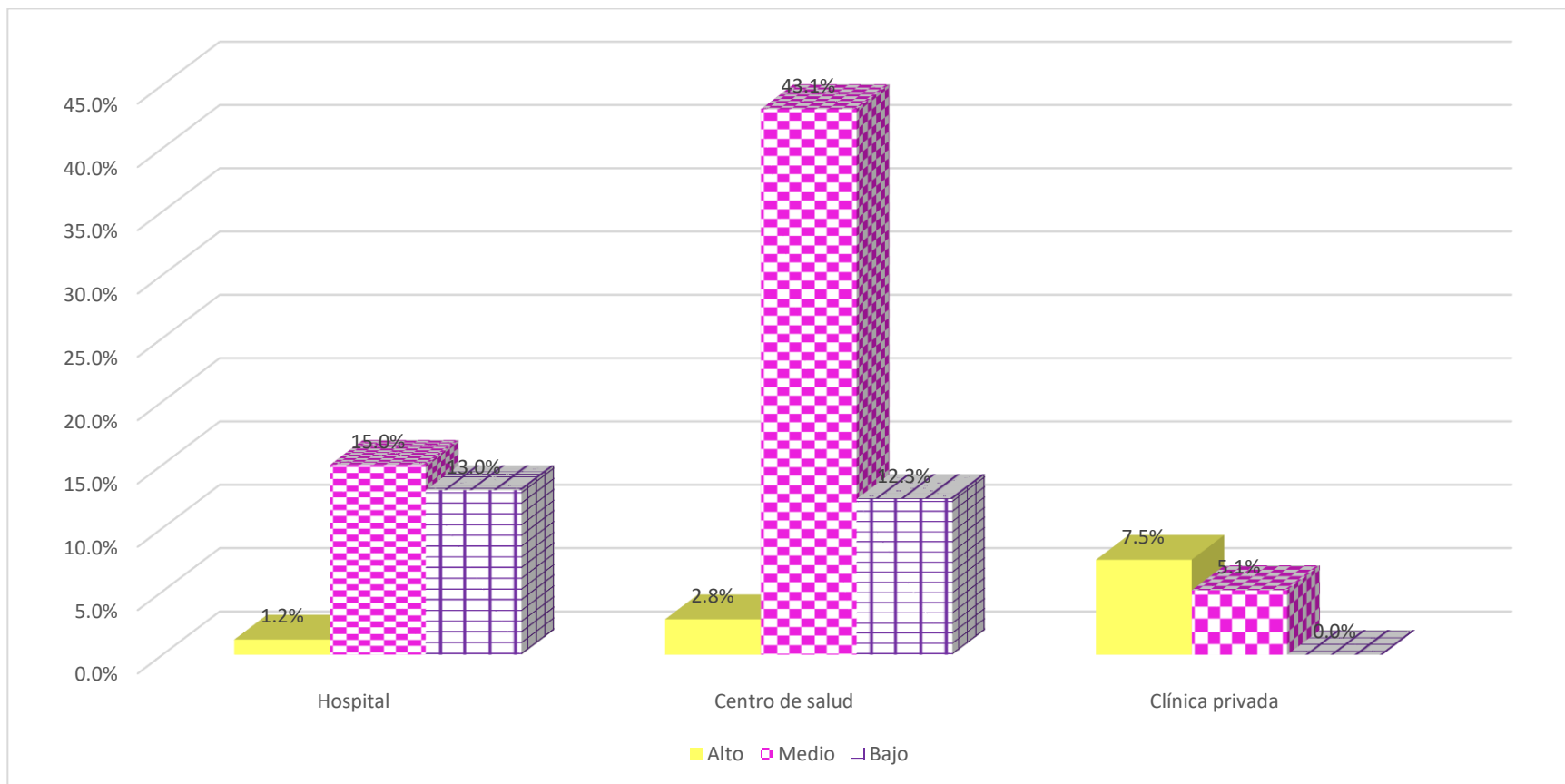
LUGAR DE LA ATENCIÓN DEL PARTO	GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Hospital	3	1.2	38	15.0	33	13.0	74	29.2
Centro de salud	7	2.8	109	43.1	31	12.3	147	58.2
Clínica privada	19	7.5	13	5.1	0	0.0	32	12.6
<b>TOTAL</b>	29	11.5	160	63.2	64	25.3	253	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

**X2 Cal = 100.41 > X2 Tab= 18.465 GL 4 NS 0.001**



**FIGURA 9. LUGAR DE LA ATENCIÓN DEL PARTO Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DEL PARTO EN PACIENTES CONTRLADAS EN SANTA MARÍA. 2024**



Fuente. Tabla 9



El lugar de la atención del parto, en el 29.2% de casos fue en el Hospital, en el 58.2% en Centro de Salud y en el 12.6% en clínica privada.

No se encontró partos atendidos en domicilio en el periodo en estudio.

El análisis bivariado, muestra predominancia de la atención del parto en centros de salud para dos grupos de estudio de grado de cumplimiento del plan de parto. medio y bajo, 43.1% y 12.3% respectivamente, y el grupo con alto cumplimiento el 7.5% se atendió en clínica privada.

Reportan Torres, J. H., Rosales, Y. S., Alcántara, V. M. que en su estudio se estimó que el 5.39% (IC95%: 4.83-6.03%) de mujeres en el Perú tuvieron parto domiciliario. (8)

En ésta investigación no se encontró casos con atención del parto en domicilio y entre las preferencias de las embarazadas tampoco figura como expectativa la atención del parto en domicilio.



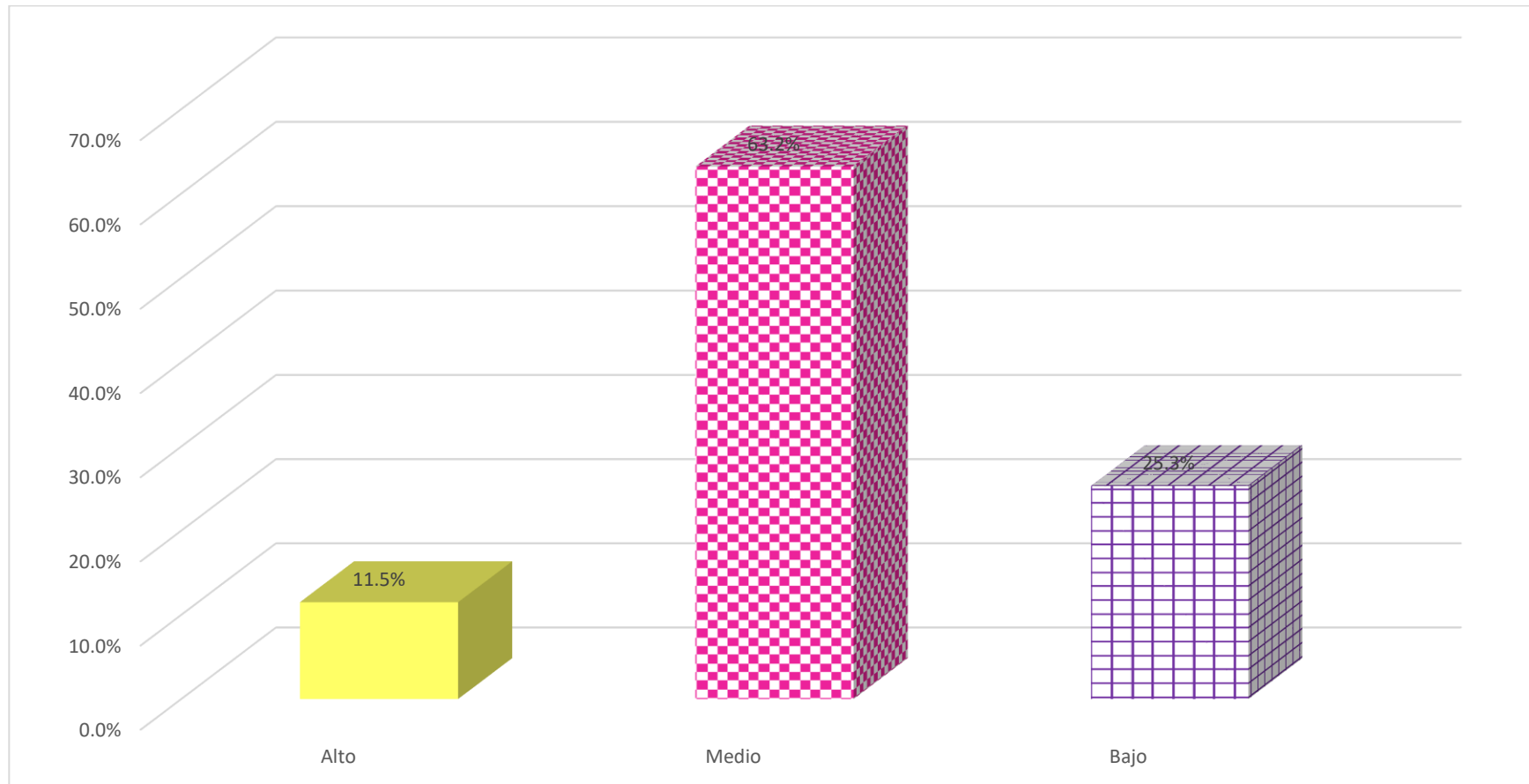
**TABLA 10. GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN SANTA MARÍA. 2024**

GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO	TOTAL	
	fi	%
Alto	29	11.5
Medio	160	63.2
Bajo	64	25.3
<b>TOTAL</b>	<b>253</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Ficha de recolección de datos

**FIGURA 10. GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN SANTA MARÍA.**

**2024**



Fuente. Tabla 10



El grado de cumplimiento del plan de parto en el 11.5% de casos fue alto, en el 63.2% medio y en el 25.3% bajo.

Respecto al cumplimiento de la adecuación cultural del parto. Los estudios de Muenala M. M. concluyeron que el cumplimiento de acuerdo a la observación es del 59,36%. Y el porcentaje de verificación de acuerdo a las usuarias es el 53%. (4)

Según López E. Las mujeres con alto riesgo obstétrico suelen omitir el plan de parto ( $ORa = 0,57$ ; IC del 95 %: 0,38 a 0,86;  $p = 0,007$ ). De las 422 mujeres que completaron un plan de parto, solo la mitad lo entregó en el hospital (51,2 % o 216). La mayoría de las que no lo entregaron dijeron que nadie se lo había solicitado (61,2 %) (7)

Los estudios demuestran que el plan de parto se cumple en la mitad de las embarazadas aproximadamente y con porcentajes variables influenciados por las complicaciones del embarazo y parto y la actitud de los obstetras que atienden el parto.



## CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Se estableció que las determinantes relacionadas al cumplimiento del plan de parto son las pregestacional y gestacional en pacientes controladas en la institución prestadora de salud Santa María. Por lo que se acepta la hipótesis planteada en esta investigación.
- SEGUNDA:** Se identificó las determinantes pregestacionales como: la edad extrema para el embarazo en el 32.7% ( $p=0.001$ ), el sobre peso en el 22.9% ( $p=0.02$ ) y la obesidad en el 13.0% ( $p=0.02$ ) están relacionadas significativamente al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la institución prestadora de salud santa maría.
- TERCERA:** Se analizó las determinantes gestacionales como: multiparidad en el 41.5% ( $p=0.001$ ), el parto de pretérmino en el 8.3% ( $p=0.02$ ), las infecciones urinarias en el 19.7% ( $p=0.001$ ), la atención prenatal inadecuada en el 10.6% ( $p=0.001$ ), el compromiso de la salud fetal 7.95 ( $p=0.01$ ), la cesárea en el 20.2% ( $p=0.001$ ) y la atención en hospital en el 29.2% ( $p=0.001$ ) están relacionadas significativamente al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la institución prestadora de salud Santa María.
- CUARTA:** Se evaluó el grado de cumplimiento del plan de parto donde el 63.2% fue de grado medio, el 25.3% fue de grado bajo y el 11,5% fue alto en pacientes controladas en la institución prestadora de salud Santa María.



## RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Al jefe de la institución prestadora de salud Santa María aplicar estrategias tendientes a mejorar el grado de cumplimiento del plan de parto, entre ellas calificar el grado de riesgo obstétrico en la primera atención prenatal y explicar a las embarazadas sobre las probabilidades de que no se cumpla su deseo de atención de parto vaginal, si se presentan complicaciones en el embarazo y parto e inclusive si tiene antecedente de cesárea anterior.
- SEGUNDA:** A las obstetras de la institución prestadora de salud Santa María informar sobre los riesgos de la obesidad y multiparidad a las gestantes que controlan para que consideren la posibilidad de atención del parto por cesárea de ser necesaria para lograr mejores resultados perinatales.
- TERCERA:** A las obstetras de la institución prestadora de salud Santa María mejorar la calidad de la atención prenatal tratando que sea precoz y completa, para elevar el grado de cumplimiento del plan de parto a través del manejo oportuno de complicaciones antes de que se desencadene el trabajo de parto.
- CUARTA:** A las obstetras que atienden el parto en los diferentes establecimientos de salud elevar el grado de cumplimiento del plan de parto a través de estrategias sencillas como aplicación del partograma, promover el acompañamiento de la pareja, brindar analgesia en la labor de parto y no olvidar del contacto piel con piel entre la madre y su hijo recién nacido.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vaca M. Estudios realizados en Ecuador parto distocico. 10th ed. Loja: scielo.ec; 2020.
2. Surichaqui A. En el Hospital de Lircay de Huancavelica. 70th ed. Huancavelica: defensoria.gob.pe; 2022.
3. Vilca E. Prevalencia nutricional de Puno. 89th ed. Puno: unap.pe; 2021.
4. Munuela O. Cumplimiento de elementos sobre adecuación cultural de la atención del parto en el hospital San Luis. 33rd ed. Quito: utn.edu.ec; 2020.
5. Vaca M. Estado Nutricional de la Mujer Embarazada y su Relación con las Complicaciones de la Gestación y el Recién Nacido. 76th ed. Santiago: scielo.cl; 2022.
6. Carrion E. Principales complicaciones obstétricas en un hospital de segundo nivel, provincia de El Oro–Ecuador: Una mirada desde el proceso de Atención de Enfermería. Polo del Conocimiento: Revista c. 67th ed. Madrid: dialnet.es; 2022.
7. Netto E. Incidencia y características de los partos por cesárea en un hospital público de Paraguay. Revista Internacional de Salud Materno. 60th ed. Caballero: revistamaternofetal.com; 2021.
8. Gimeno E. Efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento en mujeres gestantes (APLANT).2022. 59th ed. Madrid: uniroja.es; 2022.
9. Torres J. Torres, J. H., Rosales, Y. S., Alcántara, V. M. Factores asociados con el parto domiciliario en el Perú: un análisis de la Encuesta Demográfica y de



- Salud 2019. Ginecología y obstetricia de México, 90(05), 395-406. 2022. 30th ed. Lima: scielo.pe; 2022.
10. Solano G. Geoepidemiología aplicada a la atención prenatal en primigestas en el Hospital de Lircay. 22nd ed. Lima: scielo.pe; 2023.
  11. Macedo K. Características sociodemográficas y sexuales relacionadas a complicaciones durante el embarazo en adolescentes, Hospital Barranca-2020. 90th ed. Trujillo: alicia.concytec.pe; 2020.
  12. Guerrero O. Factores asociados al lugar de atención del parto en mujeres de 15 a 49 años de edad en base a la encuesta demográfica y de salud familiar 2022. 70th ed. Chiclayo: upsjb.pe; 2022.
  13. Carrera B. Factores de riesgo asociados al embarazo postérmino en gestantes atendidas en el Hospital de Satipo–2023. 50th ed. Trujillo: undac.edu.pe; 2023.
  14. Ruelas M. Características clínicas y epidemiológicas relacionadas con la preeclampsia en gestantes nativas de la altura, Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2023. 87th ed. Puno: repositorio.unap.pe; 2023.
  15. Supo E. Complicaciones materno perinatales asociado a la edad avanzada de las gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano. 54th ed. Juliaca: unap.pe; 2024.
  16. Barrientos J. Hábitos alimentarios relacionados al índice de masa corporal del primer control prenatal en gestantes atendidas. 30th ed. Puno: alycia.pe; 2024.
  17. Velasquez G. Estado nutricional en gestantes de dos regiones a mayor de 3700 msnm REUNIS 2023. 40th ed. Juliaca: undac.edu.pe; 2023.



18. Gutierrez O. La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud. 67th ed. Barcelona: iscii.es; 2020.
19. Huaman Y. El embarazo adolescente o embarazo precoz se produce cuando ni su cuerpo ni su mente están preparados para ello; entre la adolescencia. 90th ed. Loja: undac.edu.ec; 2020.
20. Martinez E. El embarazo adolescente es un problema de salud pública que incide en la vida. 22nd ed. Guayaquil: inmp.gob.ec; 2021.
21. Herrera A. Complicaciones tales como la preeclampsia o el bajo peso del feto. 90th ed. Lima: scielo.pe; 2023.
22. Grados F. Estado nutricional pregravídico. 60th ed. Santiago: ins.gob.cl; 2023.
23. Cahuana V. Estados nutricionales. 90th ed. Tacna: upt.gob.pe; 2022.
24. Chambi R. Índice masa corporal. 10th ed. Arica: scielo.cl; 2022.
25. Cueva P. Primiparidad. Los obstetras hablan de primíparas. 79th ed. Cartagena: senacyti.co; 2020.
26. Parra M. Multípara. Mujer que ha completado dos o más embarazos. 70th ed. santiago: scielo.cl; 2024.
27. Salinas H. La mayoría de los embarazos tienen una duración de 37 a 42 semanas. 80th ed. Santiago: scielo.cl; 2020.
28. Cabrera S. Complicaciones del embarazo. 90th ed. Mexico: scielo.mx; 2023.
29. Torregrosa J. Enfermedades hipertensivas. 44th ed. Buenos Aires: revistanefrologia.com; 2022.
30. Quispe O. hipertension durante el embarazo. 90th ed. mexico: unam.mx; 2020.



31. Sanchez S. riesgo de preeclampsia y de eclampsia. 54th ed. Cordova: scielo.ar; 2021.
32. Gutierrez M. Ruptura prematura de membranas. 32nd ed. Madrid: elsevier.es; 2020.
33. Ramos O. Ruptura prematura membranas. 87th ed. Cali: elsevier.co; 2020.
34. Castro M. Los gérmenes que habitualmente habitan el tracto genital inferior. 90th ed. Guadalajara: scielo.mx; 2021.
35. Torres P. Hemorragias del embarazo. 46th ed. Rio negro: insp.ar; 2022.
36. Gomez M. Las hemorragias durante el primer trimestre del embarazo. 69th ed. Madrid: iscii.es; 2022.
37. Pineda O. hemorragia de la segunda mitad del embarazo. 67th ed. Cucuta: mayoclinic.com; 2022.
38. Ayala P. Anemia en el embarazo. 79th ed. Mexico: unam.mx; 2020.
39. Velasquez C. Fisiopatología de anemia durante el embarazo. 90th ed. Lima: ucsm.edu.pe; 2020.
40. Echevarria J. Infecciones urinarias. 67th ed. Quito: elsevier.ec; 2023.
41. Mansilla E. Infecciones urinarias. 49th ed. Juarez: seimic.mx; 2024.
42. Dioses D. Número de atenciones prenatales. 42nd ed. Lima: scielo.pe; 2022.
43. Enriquez Y. Atenciones prenatales. 78th ed. Cajamarca: scielo.pe; 2020.
44. Lopez I. Número de atenciones prenatales. 25th ed. Chiapas: mef.com; 2021.
45. Muñoz C. Complicaciones del parto. 70th ed. Santiago: uniroja.cl; 2022.
46. Neilson J. Parto obstruido. 80th ed. Cali: medilineplus.com; 2023.



47. Diez S. Compromiso salud fetal. 22nd ed. Caracas: ucuenca.edu.vn; 2021.
48. Larcadea R. Vía del parto. 54th ed. Buenos aires: sap.org.ar; 2021.
49. Arango C. Vía del parto vaginal. 76th ed. Santa Cruz: univalle.edu.bo; 2021.
50. Vizcarra R. Lugar de la atención del parto. 34th ed. Guayaquil: ncbi.ec; 2020.
51. Vignolo J. Centro de salud. 50th ed. Montevideo: scielo.edu.uy; 2021.
52. Ramos E. Clínica privada. 76th ed. Madrid: uniroja.es; 2021.
53. Hidalgo P. Cumplimiento del plan de parto. 98th ed. Cartagena: scielo.ar; 2024.
54. Lugones P. Parto en posición supina. 77th ed. Cali: scielo.co; 2021.
55. Camargo C. La posición de litotomía. 21st ed. Quito: scielo.ec; 2021.
56. Aragon J. Ausencia de estimulación en el parto. 76th ed. La Paz: univalle.edu.bo; 2020.
57. Cruz L. Uso de partograma. 70th ed. Cucuta: repositorio.jepm.edu.co; 2023.
58. Alcantara O. Presencia de un acompañante durante el parto. 65th ed. Barranquilla: repositorio.enab.co; 2023.
59. Sota A. Contacto piel con piel entre la madre y el niño. 31st ed. Lajas: comunidad.madrid.com; 2020.
60. Acevedo T. Condicionantes. al conjunto de factores tanto personales como sociales. 71st ed. rio grande: facmed.com; 2021.
61. Minjaez M. Gestacional. Referido a la gestación. 65th ed. Mexico: scielo.mx; 2023.
62. Aguirre F. Parto vertical. Es el parto en el cual la gestante se coloca en posición. 50th ed. Caracas: impulsa.vn; 2023.



63. Sanches K. Plan de parto. es un esquema escrito. 90th ed. Lima: repositorio.wiener.pe; 2022.
64. Quintero O. Pregestacional. Son los hechos o características previo a la concepción. 29th ed. Santiago: repositorio.renati.cl; 2021.
65. Hernandez R. Metodologia de la investigacion. 70th ed. Mexico: Mc hall grill; 2020.



# ANEXOS



### ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE BASE DE DATOS

\*NELLY infeccion vaginal.sav [ConjuntoDatos4] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Visible: 9 de 9 variables

	PP	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	var	var	var	var	var	var
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1						
3	1	2	1	1	2	1	1	1	1						
4	1	2	1	2	1	1	1	1	1						
5	1	2	1	2	2	1	1	2	1						
6	1	2	1	2	2	1	1	2	1						
7	1	2	1	2	2	2	1	2	1						
8	1	2	1	2	2	2	1	2	1						
9	1	3	1	2	2	2	2	2	1						
10	1	3	1	2	2	2	2	2	1						
11	1	3	1	2	2	2	2	2	2						
12	1	3	1	2	2	2	2	2	2						
13	1	3	1	3	2	2	3	2	2						
14	1	3	1	3	2	2	3	2	2						
15	1	3	1	3	2	2	3	2	2						
16	1	3	1	3	2	2	3	2	2						
17	1	3	2	3	3	2	3	2	3						
18	1	3	2	3	3	2	3	2	3						
19	2	1	1	1	1	1	1	1	1						
20	2	1	1	1	1	1	1	1	1						
21	2	2	1	1	1	1	1	1	1						
22	2	2	1	1	1	1	1	1	1						
23	2	2	1	1	1	1	1	1	1						
24	2	2	1	1	1	1	1	1	1						
25	2	2	1	1	1	1	1	1	1						
26	2	2	1	1	1	1	1	1	1						
27	2	2	1	1	1	1	1	1	1						
28	2	2	1	1	1	1	1	1	1						
29	2	2	1	1	2	1	1	1	1						
30	2	2	1	1	2	1	1	1	1						
31	2	2	1	1	2	1	1	1	1						
32	2	2	1	1	2	1	1	1	1						
33	2	2	1	1	2	1	1	1	1						
34	2	2	1	1	2	1	1	1	1						
35	2	2	1	1	2	1	1	1	1						

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

Escritorio Bibliotecas 05:01 p.m. 23/07/2025

DEYSI SOLEDAD.sav [ConjuntoDatos5] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Visible: 10 de 10 variables

	PP	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P10	var	var	var	var	var
34	1	1	1	1	3	2	1	1	1	2					
35	1	1	1	2	4	3	3	2	2	1					
36	2	2	2	1	2	2	1	1	3	1					
37	3	3	3	3	6	3	3	2	3	3					
38	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1					
39	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1					
40	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1					
41	3	2	2	2	5	3	4	1	3	2					
42	3	4	1	2	5	3	1	1	1	1					
43	2	2	2	1	4	2	4	2	3	3					
44	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2					
45	2	3	3	3	5	3	2	2	3	3					
46	3	3	3	3	5	3	4	3	3	2					
47	3	3	3	3	6	3	5	2	3	3					
48	3	4	2	3	3	3	5	2	3	1					
49	2	1	3	2	2	2	5	2	1	3					
50	2	3	2	1	5	2	3	2	1	1					
51	2	2	3	2	3	3	5	2	3	2					
52	3	3	3	3	6	3	3	2	3	3					
53	3	3	3	3	6	3	3	2	3	3					
54	2	2	2	2	6	2	3	1	2	2					
55	3	4	3	3	5	3	1	1	3	2					
56	2	4	3	2	5	2	3	1	3	1					
57	2	2	1	1	4	2	4	2	1	1					
58	2	4	1	1	2	1	2	1	2	1					
59	2	3	2	3	6	1	5	2	3	2					
60	2	4	3	2	4	2	3	2	2	3					
61	2	2	2	1	5	2	3	2	1	3					
62	3	1	1	2	6	2	1	1	1	1					
63	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1					
64	2	2	1	1	2	2	1	2	1	3					
65	2	3	3	3	5	2	2	2	2	1					
66	2	3	3	3	6	3	2	1	3	2					
67	2	1	3	1	6	1	5	2	2	3					
68	2	3	2	2	4	3	3	2	3	3					

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

Escritorio Bibliotecas 05:08 p.m. 23/07/2025



### GENERANDO TABLAS DE CONTINGENCIA

DEYSI SOLEDAD.sav [ConjuntoDatos7] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

82 : P2 2 Visible: 10 de 10 variables

	PP	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P10	var	var	var	var	var
67	2	1	3	1	6	1	5	2	2	3					
68	2	3	2	2	4	3	3	2	3	3					
69	2	2	3	3	6	3	3	2	3	2					
70	1	3	2	1	5	2	4	1	2	1					
71	1	4	2	2	1	1	4	2	3	1					
72	2	1	2	2	6	1	3	2	1	2					
73	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1					
74	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1					
75	3	1	1	3	3	2	2	2	1	3					
76	2	2	1	2	2	3	3	1	2	3					
77	1	2	2	1	4	1	5	1	2	2					
78	1	4	3	2	4	2	3	1	2	2					
79	2	4	2	2	6	3	5	1	2	2					
80	2	3	1	1	4	2	5	1	2	2					
81	3	3	2	2	6	3	5	1	2	2					
82	2	2	2	3	6	3	5	1	2	2					
83	2	2	3	2	6	2	5	1	2	2					
84	2	3	3	2	4	2	5	1	2	2					
85	2	3	2	2	4	3	5	1	2	2					
86	2	2	2	2	6	3	5	1	2	2					
87	2	2	3	2	4	1	5	1	2	2					
88	2	2	2	1	6	3	5	1	2	2					
89	1	3	2	1	5	2	5	2	3	2					
90	2	3	2	1	1	2	4	1	2	1					
91	2	1	1	1	4	3	1	2	2	1					
92	3	3	3	3	6	2	2	1	2	1					
93	1	4	1	2	4	2	2	1	3	1					
94	3	4	3	1	5	2	3	1	3	2					
95	1	4	2	2	5	1	1	2	3	1					
96	3	4	1	2	4	2	1	1	2	2					
97	2	2	2	2	5	3	1	2	1	3					
98	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1					
99	3	2	2	2	1	3	1	2	2	2					
100	3	3	3	3	6	2	3	2	3	3					
101	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1					

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON

Escritorio Bibliotecas 06:33 p.m. 23/07/2025

DEYSI SOLEDAD.sav [ConjuntoDatos7] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

82 : P2 2 Visible: 10 de 10 variables

	PP	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P10	var	var	var	var	var
100	3	3	3	3	6	2	3	2	3	3					
101	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1					
102	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1					
103	3	3	3	3	5	2	5	2	3	3					
104	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1					
105	3	3	1	3	4	2	3	2	3	3					
106	2	3	2	3	3	3	1	1	2	1					
107	2	2	2	2	4	1	4	1	1	2					
108	2	2	1	1	3	1	3	2	1	1					
109	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2					
110	1	1	1	1	3	2	1	1	1	2					
111	1	1	1	2	4	3	3	2	2	1					
112	2	2	2	1	2	2	1	1	3	1					
113	3	3	3	3	6	3	3	2	3	3					
114	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1					
115	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1					
116	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1					
117	3	2	2	2	5	3	4	1	3	2					
118	3	4	1	2	5	3	1	1	1	1					
119	2	2	2	1	4	2	4	2	3	3					
120	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2					
121	2	3	3	3	5	3	2	2	3	3					
122	3	3	3	3	5	3	4	3	3	2					
123	3	3	3	3	6	3	5	2	3	3					
124	3	4	2	3	3	3	5	2	3	1					
125	2	1	3	2	2	2	5	2	1	3					
126	2	3	2	1	5	2	3	2	1	1					
127	2	2	3	2	3	3	5	2	3	2					
128	3	3	3	3	6	3	3	2	3	3					
129	3	3	3	3	6	3	3	2	3	3					
130	2	2	2	2	6	2	3	1	2	2					
131	3	4	3	3	5	3	1	1	3	2					
132	2	4	3	2	5	2	3	1	3	1					
133	2	2	1	1	4	2	4	2	1	1					
134	2	4	1	1	2	1	2	1	2	1					

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON

Escritorio Bibliotecas 06:34 p.m. 23/07/2025



DEYSI SOLEDAD.sav [ConjuntoDatos7] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

B2: P2 2 Visible: 10 de 10 variables

	PP	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P10	var	var	var	var	var
133	2	2	1	1	4	2	4	2	1	1					
134	2	4	1	1	2	1	2	1	2	1					
135	2	3	2	3	6	1	5	2	3	2					
136	2	4	3	2	4	2	3	2	2	3					
137	2	2	2	1	5	2	3	2	1	3					
138	3	1	1	2	6	2	1	1	1	1					
139	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1					
140	2	2	1	1	2	2	1	2	1	3					
141	2	3	3	3	5	2	2	2	2	1					
142	2	3	3	3	6	3	2	1	3	2					
143	2	1	3	1	6	1	5	2	2	3					
144	2	3	2	2	4	3	3	2	3	3					
145	2	2	3	3	6	3	3	2	3	2					
146	1	3	2	1	5	2	4	1	2	1					
147	1	4	2	2	1	1	4	2	3	1					
148	2	1	2	2	6	1	3	2	1	2					
149	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1					
150	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1					
151	3	1	1	3	3	2	2	2	1	3					
152	2	2	1	2	2	3	3	1	2	2					
153	2	2	2	1	4	1	5	1	2	2					
154	1	4	3	2	4	2	3	1	2	2					
155	2	4	2	2	6	3	5	1	2	2					
156	2	3	1	1	4	2	5	1	2	2					
157	3	3	2	2	6	3	5	1	2	2					
158	2	2	2	3	6	3	5	1	2	2					
159	2	2	3	2	6	2	5	1	2	2					
160	2	3	3	2	4	2	5	1	2	2					
161	2	3	2	2	4	3	5	1	2	2					
162	2	2	2	2	6	3	5	1	2	2					
163	2	2	3	2	4	1	5	1	2	2					
164	2	2	2	1	6	3	5	1	2	2					
165	1	3	2	1	5	2	5	2	3	2					
166	2	3	2	1	1	2	4	1	2	1					
167	2	1	1	1	4	3	1	2	2	1					

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON 06:34 p.m. 23/07/2025

DEYSI SOLEDAD.sav [ConjuntoDatos7] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

B2: P2 2 Visible: 10 de 10 variables

	PP	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P10	var	var	var	var	var
169	1	4	1	2	4	2	2	1	3	1					
170	3	4	3	1	5	2	3	1	3	2					
171	1	4	2	2	5	1	1	2	3	1					
172	3	4	1	2	4	2	1	1	2	2					
173	2	2	2	2	5	3	1	2	1	3					
174	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1					
175	3	2	2	2	1	3	1	2	2	2					
176	3	3	3	3	6	2	3	2	3	3					
177	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1					
178	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1					
179	3	3	3	3	5	2	5	2	3	3					
180	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1					
181	3	3	1	3	4	2	3	2	3	3					
182	2	3	2	3	3	3	1	1	2	1					
183	2	2	2	2	4	1	4	1	1	2					
184	2	2	1	1	3	1	3	2	1	1					
185	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2					
186	1	1	1	1	3	2	1	1	1	2					
187	1	1	1	2	4	3	3	2	2	1					
188	2	2	2	1	2	2	1	1	3	1					
189	3	3	3	3	6	3	3	2	3	3					
190	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1					
191	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1					
192	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1					
193	3	2	2	2	5	3	4	1	3	2					
194	3	4	1	2	5	3	1	1	1	1					
195	2	2	2	1	4	2	4	2	3	3					
196	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2					
197	2	3	3	3	5	3	2	2	3	3					
198	3	3	3	3	5	3	4	3	3	2					
199	3	3	3	3	6	3	5	2	3	3					
200	3	4	2	3	3	3	5	2	3	1					
201	2	1	3	2	2	2	5	2	1	3					
202	2	3	2	1	5	2	3	2	1	1					
203	2	2	3	2	3	3	5	2	3	2					

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON 06:35 p.m. 23/07/2025



DEYSI SOLEDAD.sav [ConjuntoDatos7] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Visible: 10 de 10 variables

	PP	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P10	var	var	var	var	var
220	2	3	2	2	4	3	3	2	3	3					
221	2	2	3	3	6	3	3	2	3	2					
222	1	3	2	1	5	2	4	1	2	1					
223	1	4	2	2	1	1	4	2	3	1					
224	2	1	2	2	6	1	3	2	1	2					
225	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1					
226	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1					
227	3	1	1	3	3	2	2	2	1	3					
228	2	2	1	2	2	3	3	1	2	2					
229	2	2	3	2	3	3	5	2	3	2					
230	3	3	3	3	6	3	3	2	3	3					
231	3	3	3	3	6	3	3	2	3	3					
232	2	2	2	2	6	2	3	1	2	2					
233	3	4	3	3	5	3	1	1	3	2					
234	2	4	3	2	5	2	3	1	3	1					
235	2	2	1	1	4	2	4	2	1	1					
236	2	4	1	1	2	1	2	1	2	1					
237	2	3	2	3	6	1	5	2	3	2					
238	2	4	3	2	4	2	3	2	2	3					
239	2	2	2	1	5	2	3	2	1	3					
240	3	1	1	2	6	2	1	1	1	1					
241	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1					
242	2	2	1	1	2	2	1	2	1	3					
243	2	3	3	3	5	2	2	2	2	1					
244	2	3	3	3	6	3	2	1	3	2					
245	2	1	3	1	6	1	5	2	2	3					
246	2	3	2	2	4	3	3	2	3	3					
247	2	2	3	3	6	3	3	2	3	2					
248	1	3	2	1	5	2	4	1	2	1					
249	1	4	2	2	1	1	4	2	3	1					
250	2	1	2	2	6	1	3	2	1	2					
251	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1					
252	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1					
253	3	1	1	3	3	2	2	2	1	3					
254															

### RESULTADOS TABLAS DE CONTINGENCIA

\*Resultado1 [Documento1] - IBM SPSS Statistics Visor

Registro

- Tablas cruzadas
  - Título
  - Notas
  - Resumen de p...
  - P1 \* PP
    - Título
    - Tabla cruz
    - Pruebas d
    - Medidas s
  - P2 \* PP
    - Título
    - Tabla cruz
    - Pruebas d
    - Medidas s
  - P3 \* PP
    - Título
    - Tabla cruz
    - Pruebas d
    - Medidas s
  - P4 \* PP
    - Título
    - Tabla cruz
    - Pruebas d
    - Medidas s
  - P5 \* PP
    - Título
    - Tabla cruz
    - Pruebas d
    - Medidas s
  - P6 \* PP
    - Título
    - Tabla cruz
    - Pruebas d
    - Medidas s
  - P7 \* PP
    - Título
    - Tabla cruz
    - Pruebas d
    - Medidas s
  - P8 \* PP
    - Título
    - Tabla cruz
    - Pruebas d
    - Medidas s
  - P10 \* PP
    - Título
    - Tabla cruz
    - Pruebas d
    - Medidas s

Tablas cruzadas

Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdido		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
P1 * PP	253	100,0%	0	0,0%	253	100,0%
P2 * PP	253	100,0%	0	0,0%	253	100,0%
P3 * PP	253	100,0%	0	0,0%	253	100,0%
P4 * PP	253	100,0%	0	0,0%	253	100,0%
P5 * PP	253	100,0%	0	0,0%	253	100,0%
P6 * PP	253	100,0%	0	0,0%	253	100,0%
P7 * PP	253	100,0%	0	0,0%	253	100,0%
P8 * PP	253	100,0%	0	0,0%	253	100,0%
P10 * PP	253	100,0%	0	0,0%	253	100,0%

P1 \* PP

Tabla cruzada

P1		PP			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
1	Recuento	21	21	8	50	
	% del total	8,3%	8,3%	3,2%	19,8%	
2	Recuento	4	67	6	77	
	% del total	1,6%	26,5%	2,4%	30,4%	
3	Recuento	7	40	35	82	
	% del total	2,8%	15,8%	13,8%	32,4%	
4	Recuento	13	15	16	44	
	% del total	5,1%	5,9%	6,3%	17,4%	
Total		45	143	65	253	
		% del total	17,8%	56,5%	25,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado



IBM SPSS Statistics Processor está listo    Unicodex:ON

Escritorio    Bibliotecas    06:36 p.m. 23/07/2025

**Tabla cruzada P2\*PP**

		PP			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
P2	1	Recuento	28	31	17	76
		% del total	11,1%	12,3%	6,7%	30,0%
2	Recuento	14	69	12	95	
	% del total	5,5%	27,3%	4,7%	37,5%	
3	Recuento	3	43	36	82	
	% del total	1,2%	17,0%	14,2%	32,4%	
Total		Recuento	45	143	65	253
		% del total	17,8%	56,5%	25,7%	100,0%

**Tabla cruzada P3\*PP**

		PP			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
P3	1	Recuento	25	53	3	81
		% del total	9,9%	20,9%	1,2%	32,0%
2	Recuento	20	65	19	104	
	% del total	7,9%	25,7%	7,5%	41,1%	
3	Recuento	0	25	43	68	
	% del total	0,0%	9,9%	17,0%	26,9%	
Total		Recuento	45	143	65	253
		% del total	17,8%	56,5%	25,7%	100,0%

**Tabla cruzada P4\*PP**

		PP			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
P4	1	Recuento	20	7	3	30
		% del total	7,9%	2,8%	1,2%	11,9%
2	Recuento	3	27	0	30	
	% del total	1,2%	10,7%	0,0%	11,9%	
3	Recuento	3	13	10	26	
	% del total	1,2%	5,1%	4,0%	10,3%	
4	Recuento	9	36	6	51	
	% del total	3,6%	14,2%	2,4%	20,2%	
5	Recuento	10	21	19	50	
	% del total	3,9%	8,3%	7,5%	19,7%	

IBM SPSS Statistics Processor está listo    Unicodex:ON

Escritorio    Bibliotecas    06:36 p.m. 23/07/2025

**Tabla cruzada P5\*PP**

		PP			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
P5	1	Recuento	13	39	0	52
		% del total	5,1%	15,4%	0,0%	20,6%
2	Recuento	26	58	26	110	
	% del total	10,3%	22,9%	10,3%	43,5%	
3	Recuento	6	46	39	91	
	% del total	2,4%	18,2%	15,4%	36,0%	
Total		Recuento	45	143	65	253
		% del total	17,8%	56,5%	25,7%	100,0%

**Tabla cruzada P6\*PP**

		PP			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
P6	1	Recuento	19	30	17	66
		% del total	7,5%	11,9%	6,7%	26,1%
2	Recuento	6	18	7	31	
	% del total	2,4%	7,1%	2,8%	12,3%	
3	Recuento	9	37	23	69	
	% del total	3,6%	14,6%	9,1%	27,3%	
4	Recuento	8	13	6	27	
	% del total	3,2%	5,1%	2,4%	10,7%	
5	Recuento	3	45	12	60	
	% del total	1,2%	17,8%	4,7%	23,7%	
Total		Recuento	45	143	65	253
		% del total	17,8%	56,5%	25,7%	100,0%

**Tabla cruzada P7\*PP**

		PP			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
P7	1	Recuento	25	72	26	123
		% del total	9,9%	28,5%	10,3%	48,6%
2	Recuento	20	71	36	127	
	% del total	7,9%	28,1%	14,2%	50,2%	
3	Recuento	0	0	3	3	
	% del total	0,0%	0,0%	1,2%	1,2%	



IBM SPSS Statistics Visor

Resultado1 [Documento1] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Resultado

- Registro
- Tablas cruzadas
  - Título
  - Notas
  - Conjunto de datos
  - Resumen de proc
  - Tabla cruzada P1\*
  - Tabla cruzada P2\*
  - Tabla cruzada P3\*
  - Tabla cruzada P4\*
  - Tabla cruzada P5\*
  - Tabla cruzada P6\*
  - Tabla cruzada P7\*
  - Tabla cruzada P8\*
  - Tabla cruzada P10\*
  - Registro

**Tabla cruzada P7\*PP**

		PP			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
P7	1	Recuento	25	72	26	123
		% del total	9,9%	28,5%	10,3%	48,6%
2		Recuento	20	71	36	127
		% del total	7,9%	28,1%	14,2%	50,2%
3		Recuento	0	0	3	3
		% del total	0,0%	0,0%	1,2%	1,2%
Total		Recuento	45	143	65	253
		% del total	17,8%	56,5%	25,7%	100,0%

**Tabla cruzada P8\*PP**

		PP			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
P8	1	Recuento	16	42	11	69
		% del total	6,3%	16,6%	4,3%	27,3%
2		Recuento	16	68	15	99
		% del total	6,3%	26,9%	5,9%	39,1%
3		Recuento	13	33	39	85
		% del total	5,1%	13,0%	15,4%	33,6%
Total		Recuento	45	143	65	253
		% del total	17,8%	56,5%	25,7%	100,0%

**Tabla cruzada P10\*PP**

		PP			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
P10	1	Recuento	36	45	16	97
		% del total	14,2%	17,8%	6,3%	38,3%
2		Recuento	9	66	22	97
		% del total	3,6%	26,1%	8,7%	38,3%
3		Recuento	0	32	27	59
		% del total	0,0%	12,6%	10,7%	23,3%
Total		Recuento	45	143	65	253
		% del total	17,8%	56,5%	25,7%	100,0%

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON

Escritorio Bibliotecas 06:37 p.m. 23/07/2025

## RESULTADOS DE LA PRUEBA CHI CUADRADA

IBM SPSS Statistics Visor

Resultado1 [Documento1] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Resultado

- Tablas cruzadas
  - Notas
  - P1 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P2 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P3 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P4 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P5 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P6 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P7 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P8 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P10 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas

**P1 \* PP**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	72,623 <sup>a</sup>	6	,000
Razón de verosimilitud	72,304	6	,000
Asociación lineal por lineal	13,027	1	,000
N de casos válidos	253		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5.  
El recuento mínimo esperado es 7,83.

**Medidas simétricas**

	Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada
Ordinal por ordinal - Tau-b de Kendall	,224	,064	3,502	,000
N de casos válidos	253			

a. No se presupone la hipótesis nula.  
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

**P2 \* PP**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	50,364 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitud	50,788	4	,000
Asociación lineal por lineal	27,895	1	,000
N de casos válidos	253		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5.  
El recuento mínimo esperado es 13,52.

**Medidas simétricas**

Efectúe una doble pulsación para activar

Efectúe una doble pulsación para editar Título

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON | H: 26, W: 1011 pt.

Escritorio Bibliotecas 06:39 p.m. 23/07/2025



\*Resultado1 [Documento1] - IBM SPSS Statistics Visor

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

### P3 \* PP

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	81,276 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitud	90,646	4	,000
Asociación lineal por lineal	68,314	1	,000
N de casos válidos	253		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5.  
El recuento mínimo esperado es 12,09.

#### Medidas simétricas

	Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada	
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,474	,041	10,456	,000
N de casos válidos	253				

a. No se presupone la hipótesis nula.  
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

### P4 \* PP

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	94,469 <sup>a</sup>	10	,000
Razón de verosimilitud	98,574	10	,000
Asociación lineal por lineal	40,324	1	,000
N de casos válidos	253		

a. 1 casillas (5,6%) han esperado un recuento menor que 5.  
El recuento mínimo esperado es 4,62.

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON H: 26, W: 1011 pt. 06:40 p.m. 23/07/2025

\*Resultado1 [Documento1] - IBM SPSS Statistics Visor

### P5 \* PP

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,020 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitud	51,034	4	,000
Asociación lineal por lineal	31,252	1	,000
N de casos válidos	253		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5.  
El recuento mínimo esperado es 9,25.

#### Medidas simétricas

	Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada	
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,320	,043	7,027	,000
N de casos válidos	253				

a. No se presupone la hipótesis nula.  
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

### P6 \* PP

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,125 <sup>a</sup>	8	,007
Razón de verosimilitud	22,074	8	,005
Asociación lineal por lineal	1,701	1	,192
N de casos válidos	253		

a. 1 casillas (6,7%) han esperado un recuento menor que 5.  
El recuento mínimo esperado es 4,80.

#### Medidas simétricas

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON H: 26, W: 1011 pt. 06:40 p.m. 23/07/2025



IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON | H: 26, W: 1011 pt. | 06:40 p.m. 23/07/2025

Resultado

- Tablas cruzadas
  - Notas
  - P1 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P2 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P3 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P4 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P5 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P6 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P7 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P8 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P9 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P10 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

**P7 \* PP**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,857 <sup>a</sup>	4	,028
Razón de verosimilitud	10,379	4	,035
Asociación lineal por lineal	4,439	1	,035
N de casos válidos	253		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es, 53.

**Medidas simétricas**

	Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada	
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,116	,060	1,927	,054
N de casos válidos	253				

a. No se presupone la hipótesis nula.  
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

**P8 \* PP**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,430 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitud	28,335	4	,000
Asociación lineal por lineal	13,433	1	,000
N de casos válidos	253		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,27.

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON | H: 26, W: 1011 pt. | 06:41 p.m. 23/07/2025

Resultado

- Tablas cruzadas
  - Notas
  - P1 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P2 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P3 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P4 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P5 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P6 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P7 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P8 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P9 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas
  - P10 \* PP
    - Título
    - Pruebas de chi-cu
    - Medidas simétricas

Asociación lineal por lineal 13,433 1 ,000  
N de casos válidos 253

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,27.

**Medidas simétricas**

	Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada	
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,218	,059	3,658	,000
N de casos válidos	253				

a. No se presupone la hipótesis nula.  
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

**P10 \* PP**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	51,692 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitud	56,823	4	,000
Asociación lineal por lineal	38,669	1	,000
N de casos válidos	253		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,49.

**Medidas simétricas**

	Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada	
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,354	,051	6,610	,000
N de casos válidos	253				

a. No se presupone la hipótesis nula.  
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

Efectúe una doble pulsación para activar



## Coeficiente Alfa de Cronbach

La prueba de consistencia interna aplicando la fórmula del Coeficiente Alfa de Cronbach, es una generalización de las fórmulas KR20 y KR21 de Kuder y Richardson, para ítems de alternativas múltiples. En los cálculos del Alpha de Cronbach se emplea el promedio de todas las correlaciones existentes entre los ítems del instrumento que apuntan a la variable que se pretende medir.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left( 1 - \frac{\sum_{i=1}^n S_i^2}{S_t^2} \right)$$

$\sum_{i=1}^n S_i^2$  = Sumatoria de las varianzas de los ítems individuales

$S_t^2$  = Varianza total

$K$  = Número de ítems

$n$  = Tamaño de la muestra piloto.

El resultado obtenido nos indica que el instrumento es altamente confiable, por lo que puede ser aplicado a la muestra de trabajo.

Rangos	Magnitud
0.81 a 1.00	Muy alta
0.61 a 0.80	Alta
0.41 a 0.60	Moderada
0.21 a 0.40	Baja
0.01 a 0.20	Muy baja

## PRUEBA DE ALFA DE CRONBACH

$\sum_{i=1}^n S_i^2$  = Sumatoria de las varianzas de los ítems individuales (9.88)

$S_t^2$  = Varianza total (32.08)

$K$  = Número de ítems (10)

$n$  = Tamaño de la muestra piloto (76 pacientes)

Reemplazando datos se obtuvo:

$$\alpha = \frac{10}{10-1} \left( 1 - \frac{9.88}{32.08} \right) = 0.769$$



El resultado obtenido indica, que el coeficiente de alfa de Cronbach, es alto con 0,769 y confiable, por lo que, puede ser aplicado a la muestra del trabajo.

Muestra	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
1	2	2	2	1	4	1	5	1	2	2
2	1	4	3	2	4	2	3	1	2	2
3	2	4	2	2	6	3	5	1	2	2
4	2	3	1	1	4	2	5	1	2	2
5	3	3	2	2	6	3	5	1	2	2
6	2	2	2	3	6	3	5	1	2	2
7	2	2	3	2	6	2	5	1	2	2
8	2	3	3	2	4	2	5	1	2	2
9	2	3	2	2	4	3	5	1	2	2
10	2	2	2	2	6	3	5	1	2	2
11	2	2	3	2	4	1	5	1	2	2
12	2	2	2	1	6	3	5	1	2	2
13	1	3	2	1	5	2	5	2	3	2
14	2	3	2	1	1	2	4	1	2	1
15	2	1	1	1	4	3	1	2	2	1
16	3	3	3	3	6	2	2	1	2	1
17	1	4	1	2	4	2	2	1	3	1
18	3	4	3	1	5	2	3	1	3	2
19	1	4	2	2	5	1	1	2	3	1
20	3	4	1	2	4	2	1	1	2	2
21	2	2	2	2	5	3	1	2	1	3
22	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1
23	3	2	2	2	1	3	1	2	2	2
24	3	3	3	3	6	2	3	2	3	3
25	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1
26	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
27	3	3	3	3	5	2	5	2	3	3
28	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1
29	3	3	1	3	4	2	3	2	3	3
30	2	3	2	3	3	3	1	1	2	1
31	2	2	2	2	4	1	4	1	1	2
32	2	2	1	1	3	1	3	2	1	1
33	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2
34	1	1	1	1	3	2	1	1	1	2
35	1	1	1	2	4	3	3	2	2	1
36	2	2	2	1	2	2	1	1	3	1
37	3	3	3	3	6	3	3	2	3	3
38	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1



39	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
40	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1
41	3	2	2	2	5	3	4	1	3	2
42	3	4	1	2	5	3	1	1	1	1
43	2	2	2	1	4	2	4	2	3	3
44	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2
45	2	3	3	3	5	3	2	2	3	3
46	3	3	3	3	5	3	4	3	3	2
47	3	3	3	3	6	3	5	2	3	3
48	3	4	2	3	3	3	5	2	3	1
49	2	1	3	2	2	2	5	2	1	3
50	2	3	2	1	5	2	3	2	1	1
51	2	2	3	2	3	3	5	2	3	2
52	3	3	3	3	6	3	3	2	3	3
53	3	3	3	3	6	3	3	2	3	3
54	2	2	2	2	6	2	3	1	2	2
55	3	4	3	3	5	3	1	1	3	2
56	2	4	3	2	5	2	3	1	3	1
57	2	2	1	1	4	2	4	2	1	1
58	2	4	1	1	2	1	2	1	2	1
59	2	3	2	3	6	1	5	2	3	2
60	2	4	3	2	4	2	3	2	2	3
61	2	2	2	1	5	2	3	2	1	3
62	3	1	1	2	6	2	1	1	1	1
63	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1
64	2	2	1	1	2	2	1	2	1	3
65	2	3	3	3	5	2	2	2	2	1
66	2	3	3	3	6	3	2	1	3	2
67	2	1	3	1	6	1	5	2	2	3
68	2	3	2	2	4	3	3	2	3	3
69	2	2	3	3	6	3	3	2	3	2
70	1	3	2	1	5	2	4	1	2	1
71	1	4	2	2	1	1	4	2	3	1
72	2	1	2	2	6	1	3	2	1	2
73	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1
74	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1
75	3	1	1	3	3	2	2	2	1	3
76	2	2	1	2	2	3	3	1	2	2



ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

DETERMINANTES RELACIONADAS AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOS
PG. ¿Cuáles son las determinantes relacionadas al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024.?	OG. Establecer las determinantes relacionadas al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024.	HG. Las determinantes relacionadas al bajo cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024, son de índole pregestacional y gestacional preferentemente.	1. Determinantes	1.1 Pregestacionales	1.1.1 Edad 1.1.2 Estado nutricional pregravídico	Investigación relacional, transversal, experimental, analítica.  Técnicas: Análisis de datos
PE1. ¿Cuáles son las determinantes pregestacionales relacionadas al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024.?	OE1. Distinguir las determinantes pregestacionales relacionadas al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024.	HE1. Las determinantes pregestacionales como: la edad extrema para el embarazo el sobre peso y la obesidad si están relacionadas al bajo cumplimiento del plan de parto.		1.2 Gestacionales	1.2.1 Paridad 1.2.2 Edad gestacional 1.2.3 Complicaciones del embarazo	Fuentes: Secundaria clínicas.
inPE2. ¿Cuáles son las determinantes estacionales relacionadas al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024.?	OE2. Analizar las determinantes estacionales relacionadas al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024.	HE2. Las determinantes gestacionales como: multiparidad, el parto de pretérmino, las enfermedades hipertensivas, la atención prenatal inadecuada, el parto obstruido, la cesárea y la atención en hospital si están relacionadas al bajo cumplimiento del plan de parto.			1.2.4 Número de atenciones prenatales 1.2.5 Complicaciones del parto 1.2.6 Vía del parto 1.2.7 Lugar de la atención del parto	Instrumentación Ficha de registro de datos
PE3. ¿Cuál es el grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024.?	OE3. Evaluar el grado de cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024.	HE3. Las gestantes controladas en la Institución prestadora de Salud Santa María, se caracterizan por tener un bajo grado de cumplimiento del plan de parto.	2. Cumplimiento del plan de parto		2.1 Grado de cumplimiento	



ANEXO 3. INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° .....

FECHA:.....

- 
- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1.1.1 Edad                            | 1) ≤17 años<br>2) 18 a 35 años<br>3) 36 a más   |
| 1.1.2 Estado nutricional pregravídico | 1) Bajo peso<br>2) Normal<br>3) Sobrepeso<br>4) Obesidad  |
| 1.2.1 Paridad                         | 1) Primípara<br>2) Secundípara<br>3) Múltipara  |
| 1.2.2 Edad gestacional                | 1) Pretérmino<br>2) A término<br>3) Postérmino  |
| 1.2.3 Complicaciones del embarazo     | 1) Enfermedades hipertensivas<br>2) Ruptura prematura de membranas<br>3) Hemorragias<br>4) Anemia<br>5) Infecciones urinarias<br>6) Ninguna |
| 1.2.4 Número de atenciones prenatales | 1) Ninguna<br>2) 1 APN<br>3) 2 ó más  |
| 1.2.5 Complicaciones del parto        | 1) Parto obstruido<br>2) Compromiso salud fetal<br>3) Ninguna   |
| 1.2.6 Vía del parto                   | 1) Vaginal<br>2) Cesárea  |
| 1.2.7 Lugar de la atención del parto  | 1) Hospital<br>2) Centro de salud<br>3) Clínica privada   |
| 2.1 Grado de cumplimiento             | 1) Alto<br>2) Medio<br>3) Bajo  |

**Calidad de la asistencia al parto normal hospitalario mediante el índice de Bolonia. João**

**Pessoa, PB, Brasil, 2021.**



	INDICADORES	PUNTOS	
		1	2
1	Parto en posición no supina		
2	Ausencia de estimulación en el parto		
3	Uso de partograma		
4	Presencia de un acompañante durante el parto		
5	Contacto piel con piel entre la madre y el niño		
	TOTAL		

### Valoración de la calidad.

Alta. 7 a 10 puntos.

Media. 4 a 6 puntos.

Baja. 1 a 3 Puntos.



ANEXO 4. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Ficha de Evaluación de Expertos

I. Datos generales

Apellido y nombres: Ezequiel Rafael Mendoca  
Cargo: Médico Ginecología y Obstetricia  
Institución donde labora: Hospital Sabas Hongue Madrano

Instrumento de investigación: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de la investigación: Determinantes relacionadas al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María, 2024. Imprescindible contar con la aprobación para poder aplicar el instrumento; se aprueba el instrumento mencionado según juicio del experto.

Indicadores	Criterios	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Escala
		1-20	21-40	41-60	61-80	81-100
Claridad	Formulado en lenguaje apropiado					✓
Objetividad	Expresa en términos objetivos					✓
Organización	Existe lógica entre variables					✓
Suficiencia	Cubre los aspectos cualitativos y cuantitativos					✓
Intencionalidad	Valora aspectos de contenido científico					✓
Consistencia	Entre problemas, objetivos e hipótesis					✓
Metodología	Corresponde al propósito de la investigación					✓

II. Opinión de aplicación: Favorable

III. Promedio de valoración: 100%

Lugar y fecha: Juzco, 21 Abril del 2024

Ezequiel Rafael Mendoca  
MÉDICO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
HOSPITAL SABAS HONGUE MADRANO  
CAYASH, PERÚ



Ficha de Evaluación de Expertos

I. Datos generales

Apellido y nombres: Carrión, Juana Juana

Cargo: Docente - docente

Institución donde labora: UNCSA

Instrumento de investigación: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de la investigación: Determinantes relacionadas al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la institución Prestadora de Salud Santa Marta, 2024. imprescindible contar con la aprobación para poder aplicar el instrumento; se aprueba el instrumento mencionado según juicio del experto:

Indicadores	Criterios	Deficiente 1-20	Regular 21-40	Buena 41-60	Muy buena 61-80	Excelente 81-100
Claridad	Formulado con lenguaje apropiado				/	
Objetividad	Expone en conductas observables				/	
Organización	Existe lógica entre variables				/	
Suficiencia	Comprende los aspectos cualitativos y cuantitativos					/
Intencionalidad	Valora aspectos de contenido científico				/	
Consistencia	Entre problemática, objetivos e hipótesis				/	
Metodología	Corresponde al propósito de la investigación				/	/

II. Opinión de aplicación: Favorable

III. Promedio de valoración: 83%

Lugar y fecha: Juliaca, 21 Abril del 2024



Dr. Carl Alvaro Salas  
CONSEJO DE INVESTIGACIÓN





### ANEXO 5. AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

#### -AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN

Carta solicitud permiso para realizar investigación:

Sr. Dra de la IPRESS Santa María de Juliaca  
Odont. Irene Zambrana

Me dirijo a usted en calidad de investigadora interesada en desarrollar una investigación sobre: DETERMINANTES RELACIONADAS AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024., Me gustaría solicitar su autorización para llevar a cabo este estudio dentro del ámbito de la IPRESS Santa María.

Tengo experiencia previa en el área objeto de estudio, habiendo realizado el internado anteriormente. Por lo tanto, considero que poseo el asesor y las habilidades necesarias para llevar a cabo esta investigación de manera eficiente y rigurosa.

El objetivo principal de mi investigación es: Establecer las determinantes relacionadas al cumplimiento del plan de parto en pacientes controladas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024. Para lograr este objetivo, utilizaré una metodología basada en el análisis documental. Además, contaré con un equipo de trabajo altamente capacitado para asegurar la calidad y validez de los resultados obtenidos.

Por todo lo expuesto anteriormente, le solicito amablemente su autorización para realizar esta investigación dentro del ámbito de su institución. Agradezco sinceramente su tiempo y atención a este asunto.

Atentamente,

DEYSI SOLEDAD AMBROSIO CASTRO

DNI: 76849115

*Prohibido favorable.*





CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

TABLA 1

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) <sup>2</sup>	(EN-TN) <sup>2</sup> /TN
0	1.60	-1.60	2.58	1.60
29	17.88	11.12	123.62	6.91
0	9.51	-9.51	90.51	9.51
9	8.85	0.15	0.02	0.00
89	98.66	-9.66	93.24	0.95
62	52.49	9.51	90.44	1.72
5	3.54	1.46	2.13	0.60
38	39.46	-1.46	2.14	0.05
21	21.00	0.00	0.00	0.00
253	253.00			21.36

TABLA 2

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) <sup>2</sup>	(EN-TN) <sup>2</sup> /TN
0	0.80	-0.80	0.64	0.80
26	17.77	8.23	67.79	3.82
3	6.65	-3.65	13.31	2.00
0	3.78	-3.78	14.31	3.78
3	4.43	-1.43	2.04	0.46
95	98.02	-3.02	9.14	0.09
41	36.68	4.32	18.66	0.51
21	20.87	0.13	0.02	0.00
4	1.77	2.23	4.97	2.81
34	39.21	-5.21	27.14	0.69
14	14.67	-0.67	0.45	0.03
12	8.35	3.65	13.34	1.60
253	253.00			16.59



TABLA 3

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) <sup>2</sup>	(EN-TN) <sup>2</sup> /TN
3	8.02	-5.02	25.24	3.15
16	8.94	7.06	49.83	5.57
10	12.04	-2.04	4.14	0.34
41	44.27	-3.27	10.68	0.24
41	49.33	-8.33	69.36	1.41
78	66.40	11.60	134.49	2.03
21	17.71	3.29	10.84	0.61
17	19.73	-2.73	7.46	0.38
21	26.56	-5.56	30.93	1.16
248	253.00			14.89

TABLA 4

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) <sup>2</sup>	(EN-TN) <sup>2</sup> /TN
0	2.41	-2.41	5.79	2.41
29	26.25	2.75	7.57	0.29
0	0.34	-0.34	0.12	0.34
13	13.28	-0.28	0.08	0.01
147	144.82	2.18	4.74	0.03
0	1.90	-1.90	3.60	1.90
8	5.31	2.69	7.22	1.36
53	57.93	-4.93	24.29	0.42
3	0.76	2.24	5.02	6.62
253	253.00			13.37



TABLA 5

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) <sup>2</sup>	(EN-TN) <sup>2</sup> /TN
0	1.49	-1.49	2.22	1.49
1	1.03	-0.03	0.00	0.00
0	1.60	-1.60	2.58	1.60
0	4.36	-4.36	18.97	4.36
1	5.73	-4.73	22.38	3.91
27	14.79	12.21	149.17	10.09
4	8.22	-4.22	17.82	2.17
2	5.69	-3.69	13.63	2.39
9	8.85	0.15	0.02	0.00
28	24.03	3.97	15.75	0.66
35	31.62	3.38	11.42	0.36
82	81.58	0.42	0.18	0.00
9	3.29	5.71	32.62	9.92
6	2.28	3.72	13.86	6.09
5	3.54	1.46	2.13	0.60
10	9.61	0.39	0.15	0.02
14	12.65	1.35	1.83	0.14
20	32.63	-12.63	159.58	4.89
253	253.00			48.69

TABLA 6

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) <sup>2</sup>	(EN-TN) <sup>2</sup> /TN
0	3.09	-3.09	9.58	3.09
5	13.53	-8.53	72.69	5.37
24	12.38	11.62	135.04	10.91
11	17.08	-6.08	36.91	2.16
78	74.62	3.38	11.39	0.15
71	68.30	2.70	7.29	0.11
16	6.83	9.17	84.09	12.31
35	29.85	5.15	26.52	0.89
13	27.32	-14.32	205.07	7.51
253	253.00			42.50



TABLA 7

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) <sup>2</sup>	(EN-TN) <sup>2</sup> /TN
0	1.38	-1.38	1.89	1.38
0	2.29	-2.29	5.26	2.29
1	0.80	0.20	0.04	0.05
0	0.34	-0.34	0.12	0.34
28	24.19	3.81	14.55	0.60
5	7.59	-2.59	6.70	0.88
12	12.65	-0.65	0.42	0.03
2	4.43	-2.43	5.89	1.33
1	1.90	-0.90	0.81	0.42
140	133.44	6.56	43.05	0.32
7	3.04	3.96	15.72	5.18
8	5.06	2.94	8.65	1.71
4	1.77	2.23	4.97	2.81
2	0.76	1.24	1.54	2.03
43	53.38	-10.38	107.65	2.02
253	253.00			21.40

TABLA 8

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) <sup>2</sup>	(EN-TN) <sup>2</sup>
				TN
28	23.15	4.85	23.48	1.01
1	5.85	-4.85	23.48	4.02
136	127.75	8.25	68.11	0.53
24	32.25	-8.25	68.11	2.11
38	51.10	-13.10	171.58	3.36
26	12.90	13.10	171.58	13.30
253	253.00			24.33



TABLA 9

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) <sup>2</sup>	(EN-TN) <sup>2</sup> /TN
3	8.48	-5.48	30.05	3.54
7	16.85	-9.85	97.02	5.76
19	3.67	15.33	235.07	64.09
38	46.80	-8.80	77.41	1.65
109	92.96	16.04	257.14	2.77
13	20.24	-7.24	52.38	2.59
33	18.72	14.28	203.94	10.89
31	37.19	-6.19	38.26	1.03
0	8.09	-8.09	65.53	8.09
253	253.00			100.41



ANEXO 1  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS  
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN  
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 13-10-2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: DEYSI SOLEDAD AMBROSIO CASTRO

Dirección: Jr. Federico Villareal Mz. Q lt 10b - Juliaca

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 76849115

Teléfono: 961736406 email: ambrosiodeysi20@gmail.com

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: OBSTETRICIA

Título o Grado Académico a optar: OBSTETRA

Asesor: Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación  Tesis  Trabajo de Suficiencia Profesional  Trabajo Académico

Título: DETERMINANTES RELACIONADAS AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Cumplimiento plan parto determinantes relacionadas

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV <sup>1,2</sup>?

2

<sup>1</sup> Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

<sup>2</sup> Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller  Título  2da Especialidad  Maestría  Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

**Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.**

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

**Autorizo su publicación (marque con una X)**

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

**¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?**

**Sí:** significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

**No:** significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



**Jurisdicción de su Licencia**

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA - P06

Firma de Autor



huella digital

13 de octubre

Fecha